PRINCIPES SUR L'ART DES ACCOUCHEMENS,

PAR DEMANDES ET RÉPONSES,

EN FAVEUR DES SAGES-FEMMES DE LA CAMPAGNE:

NOUVELLE ÉDITION, revue, corrigée, augmentée & enrichie d'un grand nombre de Planches en taille-douce, propres à en faciliter l'étude;

PUBLIÉE PAR ORDRE DU GOUVERNEMENT:

PAR Mᵉ J. L. BAUDELOCQUE, Membre du Collège, Conseiller du Comité perpétuel de l'Académie royale de Chirurgie de Paris....



A PARIS,
Chez MÉQUIGNON l'aîné, Libraire, rue des Cordeliers, près des Écoles de Chirurgie.

M. DCC. LXXXVII.
Avec Approbation & Privilège.

AVERTISSEMENT.

CET Ouvrage, publié en 1775 pour la première fois, auroit pu être réimprimé l'année ſuivante, l'édition en ayant été épuiſée preſque à l'inſtant où il parut. Rédigé pour une Sage-femme dont l'inſtruction m'étoit confiée, & mis au jour, en quelque ſorte à mon inſu, par M. DUFOT, Médecin de Soiſſons, à qui j'en avois communiqué le Manuſcrit (*), il ſervit

(*) Cet Ouvrage parut d'abord avec le titre de Catéchiſme, &c. tel qu'il eſt énoncé dans le privilège qui ſe trouve imprimé à la fin, & qu'on le remarque à la tête de quelques exemplaires qui ont été vendus ou donnés avant que les héritiers de M. DUFOT ne m'euſſent remis en poſſeſſion de l'édition, avant même que je ne ſuſſe poſitivement que ce Médecin avoit livré mon Manuſcrit à l'impreſſion. C'eſt ſous ce même titre qu'il a publié dans le même temps, une Brochure de quatre-vingt dix pages, revêtue de l'Approbation de l'Académie royale des Sciences, de celle de cinq Médecins, & d'un décret de la Faculté de Paris, imprimée par ordre, & aux dépens du Gouvernement, pour être diſtribuée gratuitement aux Sages-femmes de la Campagne : cette Brochure n'étoit que l'extrait de mon Ouvrage, &

de guide dans plusieurs des Ecoles instituées dans les provinces, & fut traduit en Hollandois pour remplir les mêmes vues : ce qui annonçoit sans doute bien plus le besoin d'un ouvrage élémentaire à la portée des élèves Sages-femmes, que le mérite de celui dont j'étois, avec quelques regrets, devenu l'Auteur ; car il étoit loin de la perfection qu'on devoit desirer.

---

j'avois permis à M. Dufot d'en user ainsi, pour remplir les engagemens qu'il avoit pris envers le Magistrat qui l'avoit élevé depuis peu à la Chaire de Professeur d'Accouchemens, établie dans la Généralité de Soissons; ne voulant pas consentir à ce que le mien restât sous son nom. Mais il ne respecta la foi d'aucun des traités faits doubles entre nous, concernant l'un & l'autre de ces Ouvrages. J'ai annoncé dans l'Avertissement que j'ai substitué à celui que M. Dufot avoit mis à la tête du premier, que les approbations de l'Académie des Sciences & de la Faculté de Médecine dont j'ai parlé, me sembloient lui appartenir ; je suis certain aujourd'hui qu'elles lui appartenoient, d'après des notes écrites de la main de l'un des cinq Commissaires nommés par la Faculté de Médecine, sur mon Manuscrit même, qui a servi de copie à l'impression : ce qui me fait présumer que ce n'est pas la Brochure de M. Dufot, que le Gouvernement a eu l'intention de faire imprimer à ses dépens, pour être distribuée gratuitement aux Sages-femmes des Provinces ; mais l'Ouvrage entier.

Malgré cet accueil flatteur, & l'espoir, non d'un plus grand succès, mais d'un succès mieux mérité, près de douze années se sont écoulées, sans que j'aie pu me déterminer à retoucher cet ouvrage, & à le livrer une seconde fois à l'impression. J'avoue que rien n'auroit su vaincre la résolution que j'avois prise de le laisser dans l'oubli, si j'eusse trouvé dans ceux qu'on a publiés pendant ce long intervalle de temps, les principes, l'ordre, la clarté & la précision qui conviennent pour des élèves dont la plupart sont on ne peut moins disposés à l'étude. Ce n'est qu'après avoir revu ces ouvrages, que j'ai cédé aux instances de quelques personnes distinguées, souvent alarmées des tristes fruits de l'ignorance des Sages-femmes de la campagne; aux sollicitations de plusieurs Professeurs établis pour leur instruction, & de quelques-uns de ces hommes choisis pour veiller au bonheur des peuples, qui font de cette institution une branche importante de leur administration, & qui la regardent

comme une nouvelle ſource de proſpérité pour l'Etat.

En retouchant mon Ouvrage, je n'ai pu m'empêcher de lui conſerver la forme de dialogue, & de l'augmenter conſidérablement : peut-être trouvera-t-on que ce ſont des écueils que j'aurois dû éviter.

Je lui ai conſervé la forme de dialogue, parce qu'une expérience de quinze années dans l'art d'enſeigner, m'a démontré qu'elle avoit de grands avantages ſur la forme ordinaire du diſcours, ſur-tout pour des femmes dont l'eſprit, la mémoire & le jugement ſont peu cultivés. Au moyen de ce plan, elles pourront s'interroger réciproquement, & ſe faire des queſtions auſſi ſuivies que lumineuſes ſur toutes les parties de l'Art des Accouchemens. D'autres perſonnes pourront les interroger de même, les inſtruire, les familiariſer en quelque ſorte avec les connoiſſances qu'elles ſeront ſuſceptibles d'acquérir par l'étude, & les diſpoſer à recueillir plus de fruit des leçons publiques que la bienfaiſance

du Roi leur fait donner gratuitement dans chaque Généralité. L'importance des fonctions auxquelles on destine ces femmes exigeroit qu'elles ne fussent admises à ces leçons publiques, qu'après y avoir été préparées de cette manière; ou qu'elles soient tenues d'y assister plusieurs années de suite; comme on l'exige des Sages-femmes qui s'établissent dans la Capitale.

C'est le peu de connoissances qu'elles peuvent recueillir dans un seul cours, c'est la difficulté de les enlever plusieurs années de suite à leurs affaires domestiques, pour s'instruire convenablement, qui m'ont déterminé à leur rédiger un plus grand nombre de principes, & à les leur présenter avec plus de détails. Un volume de cinq cens soizante pages, pour des élèves Sages-femmes, ne paroîtra exorbitant qu'aux Auteurs de quelques-uns des Essais publiés dans les mêmes vues, & qui en formeroient à peine la quatrième partie: les personnes vraiment pénétrées de l'importance de son

objet, celles qui connoiſſent l'étendue de notre Art & toutes ſes difficultés, ne verront dans ce livre volumineux que le deſir que j'ai eu de le rendre plus utile. Mon deſſein, en le compoſant, n'étoit pas que les Sages-femmes duſſent l'apprendre par cœur, & le réciter à la lettre; mais de les mettre dans le cas de ſe retracer ſouvent à l'eſprit les vérités qui leur auront été enſeignées dans le cours public des Accouchemens. C'eſt un Ouvrage qu'elles étudieront à loiſir, qu'elles méditeront dans leurs retraites, & qu'elles conſulteront fréquemment.

Je ne me ſuis pas contenté de développer les préceptes que contient cet Ouvrage au-delà de ce que l'ont fait avant moi ceux qui ont écrit en faveur des Sages-femmes; j'y ai joint une trentaine de Planches, pour en rendre l'étude plus facile. On imagine bien qu'elles n'ont pas toutes été faites d'après nature, parce qu'un ſiècle ne ſauroit fournir à un ſeul homme, quelque employé qu'il fût, les occaſions de former une pareille collection;

mais elles portent toutes un caractère de vérité qui ne se rencontre pas même dans celles de Smellie. Quelques-unes concernent le bassin de la femme, la matrice & ses dépendances, l'arrière-faix & la tête du fœtus; les autres expriment les diverses parties de l'enfant qui peuvent se présenter à l'orifice de la matrice; la situation la plus ordinaire des jumeaux respectivement l'un à l'autre; enfin le renversement de la matrice. J'aurois voulu pouvoir les multiplier davantage, pour frapper d'autant plus la vue des élèves; les objets qui affectent leurs sens se gravant bien mieux dans leur mémoire, que la description qu'on leur en fait, quelque concise & claire qu'elle soit; mais par cela même qu'un plus grand nombre de tableaux eût rendu l'ouvrage d'une étude plus facile encore, il seroit peut-être devenu inutile pour quelques-unes de ces Sages-femmes, par l'impossibilité de se le procurer.

Ne pouvant exprimer sur un aussi petit nombre de Planches les positions

multipliées & ſingulièrement variées, qui obligent preſque toujours de retourner l'enfant & de l'amener par les pieds, je n'ai repréſenté que celles qui ſont les plus ordinaires. Aidées par la connoiſſance de celles-ci, les Sages-femmes ſe rappelleront aiſément tout ce que le Profeſſeur chargé de les inſtruire aura eu le ſoin de leur démontrer ſur le mannequin, relativement aux autres : j'obſerverai d'ailleurs que rien ne peut ſuppléer aux mannequins dans l'enſeignement de l'Art des Accouchemens, & ſur-tout pour l'inſtruction des femmes de la Campagne. Loués avec exagération, & peut-être avec enthouſiaſme, par quelques perſonnes, ces inſtrumens n'ont pas été aſſez connus ni aſſez appréciés de tous ceux qui ſe ſont conſacrés à l'enſeignement. Ces mannequins ne ſont qu'un *ſimulacre imparfait du vrai*, je l'avoue; mais en les rejettant, de quels moyens ſe ſervira-t-on pour former la main des élèves aux opérations importantes de notre Art? Attendra-t-on, pour les exercer, les

occasions difficiles, qu'un Praticien en vogue rencontre à peine trois ou quatre fois dans le cours de chaque année? Quand ces occasions seroient plus fréquentes, seroit-il permis de confier à une main toujours timide & tremblante, si elle n'est téméraire, la vie de deux individus? Quelqu'un peut-il douter que la faute la plus légère en apparence, même la plus petite omission dans la pratique des Accouchemens difficiles & contre nature, ne devienne quelquefois mortelle, ou ne traîne à sa suite de grandes & longues infirmités? Ce n'est qu'après s'être bien assuré de la capacité & de la dextérité des élèves, que les droits sacrés de l'humanité nous permettent de les laisser opérer dans ces sortes de cas. Le mannequin est le seul moyen que nous ayons pour les former à ce genre d'opérations; si l'on ne peut le rendre semblable en tout à la nature, c'est à l'intelligence du Professeur à y suppléer, & à faire comprendre à ses disciples ce que le concours des plus habiles Mécaniciens ne pourroit imiter.

J'ai fait enſorte de raſſembler dans cet Ouvrage toutes les vérités importantes de l'Art des Accouchemens, & de les préſenter aux Sages-femmes dans le point de vue qui m'a paru devoir être le plus lumineux pour elles. J'ai décrit avec clarté ce que ces Sages-femmes doivent ſavoir, & ce qu'elles peuvent exécuter. Je n'ai pas craint de me répéter au beſoin, afin de moins fatiguer leur attention, & de ne laiſſer à leur eſprit que le moins de travail poſſible. J'ai indiqué ſoigneuſement les cas qui exigent la préſence d'un Accoucheur inſtruit, même le concours de l'Accoucheur & du Médecin. J'aurai ſatisfait au devoir que m'impoſoit la confiance des perſonnes qui m'ont ſollicité à entreprendre cet Ouvrage, & ſecondé les vues bienfaiſantes du Gouvernement, qui daigne le protéger & le faire publier par ſes ordres, s'il eſt utile à l'humanité.



PRINCIPES
SUR L'ART
DES ACCOUCHEMENS.

De l'Accouchement en général, de ses différences, & des qualités nécessaires aux personnes de l'un & l'autre sexe, qui se destinent à l'exercice de l'art d'accoucher.

D. QU'EST-CE *que l'accouchement?*

R. L'Accouchement, dans l'acception la plus générale, est la sortie de l'enfant & de son arrière-faix, du sein de la femme, quel que soit le terme de la grossesse où il se fasse & la manière dont il s'opère.

D. *A quel terme de la grossesse l'accouchement se fait-il le plus communément?*

R. La nature paroît avoir fixé la durée de la grossesse à neuf mois; & c'est

à ce terme communément que l'accouchement a lieu. Nous observerons cependant qu'il ne doit pas se prendre rigoureusement; car il s'en faut le plus souvent de quelques jours, & même d'une semaine entière, que le neuvième mois ne soit révolu, lorsque la plupart des femmes accouchent; de sorte que celles qui deviennent enceintes le premier jour de leur mariage, accouchent avant la révolution du neuvième mois (*a*).

D. *Le terme de l'accouchement ne peut-il varier que de quelques jours?*

R. Indépendamment des causes accidentelles qui peuvent troubler l'ordre de la nature, & provoquer l'accouchement dans tous les temps de la grossesse, on remarque que bien des femmes accouchent constamment au terme de sept mois, d'autres à celui de huit, ou beaucoup plutôt; mais il n'est pas également prouvé que la grossesse puisse se prolonger au-delà de la révolution du neuvième mois.

D. *Sous quel nom désigne-t-on l'accouchement, relativement au terme de la grossesse où il s'opère?*

(*a*) L'opinion publique est tellement en faveur de l'invariabilité du terme de l'accouchement, que les femmes vertueuses ont tout sujet de s'inquiéter à cette occasion, dans la crainte où elles sont de devenir le jouet de la calomnie.

R. On le déſigne ſous le nom de *fauſſe-couche*, ou *d'avortement*, toutes les fois qu'il a lieu avant le ſeptième mois révolu; & ſous celui d'*accouchement prématuré*, lorſqu'il ſe fait depuis ce terme juſqu'à celui de huit; après ce temps, on l'appelle généralement *accouchement à terme.*

D. *Sur quoi eſt fondée l'opinion de ceux qui ſoutiennent qu'il vaut mieux naître au terme de ſept mois, qu'à celui de huit?*

R. Cette opinion, qui paroît remonter juſqu'aux ſiècles les plus reculés, ne s'accorde ni avec la raiſon, ni avec l'obſervation. La raiſon indique que la certitude de conſerver l'enfant eſt d'autant plus grande, que le terme de ſa naiſſance eſt plus voiſin de celui de la révolution du neuvième mois de la groſſeſſe; & l'obſervation prouve qu'on élève bien plus de ces enfans qui naiſſent au huitième mois, que de ceux qui viennent au monde au ſeptième. Ces derniers, en effet, ſont toujours ſi délicats, que ce n'eſt qu'à force de ſoins qu'on peut les conſerver. Si l'on en cite de beaucoup plus forts à ce terme, c'eſt parce que leurs mères avoient méconnu l'inſtant où elles étoient devenues groſſes, ou parce qu'elles avoient intérêt de le cacher.

D. *Quelles ſont les différentes dénominations de l'accouchement, relativement à la manière dont il s'opère?*

R. On le nomme *naturel*, *contre nature*,

& *laborieux.* Le naturel eſt celui qui s'opère par les ſeules forces de la mère ; le contre nature eſt celui où l'on eſt obligé de retourner l'enfant & de l'amener par les pieds, ſoit qu'il ſe préſente en mauvaiſe poſition, ſoit que des accidens imprévus ne permettent pas d'abandonner ſa naiſſance aux ſoins de la nature. L'accouchement laborieux eſt celui pour la terminaiſon duquel il eſt néceſſaire de ſe ſervir des inſtrumens.

D. *En quoi conſiſte l'art des accouchemens?*

R. Cet art, pris rigoureuſement, n'eſt que celui d'aider la femme dans l'accouchement même, & d'écarter autant qu'il eſt poſſible tout ce qui pourroit alors influer ſur ſes jours & ſur ceux de l'enfant. Conſidéré dans le ſens le plus étendu, non-ſeulement il a pour objet la conſervation de la mère & de l'enfant dans le moment de l'accouchement, mais encore le traitement des maladies de l'un & de l'autre, ſoit pendant la groſſeſſe, ſoit pendant le temps des couches.

D. *Quelles ſont les connoiſſances néceſſaires pour bien exercer cet art?*

R. Ces connoiſſances ſont très-étendues : car, indépendamment de celles qui ſont eſſentiellement néceſſaires à toutes les perſonnes qui ſe deſtinent à l'exercice de la Médecine & de la Chirurgie, il en eſt de particulières à l'art des accouchemens. Si

cette étendue de connoiſſances eſt au-deſſus de la ſphère d'une Sage-femme ; ſi l'on ne peut les exiger même d'un Accoucheur, du moins doivent-ils s'efforcer d'acquérir toutes celles qui ont rapport excluſivement à la partie qu'ils veulent exercer de préférence.

D. *Quelles ſont les connoiſſances eſſentiellement néceſſaires aux perſonnes de l'un & l'autre ſexe qui ſe deſtinent à l'art des accouchemens ?*

R. Ces perſonnes qu'on nomme *Accoucheurs* & *Sages-Femmes*, doivent connoître, 1°. les parties de la femme qui ont quelques fonctions à remplir relativement à la génération, à la groſſeſſe & à l'accouchement ; 2°. les changemens que ces mêmes parties éprouvent dans tous ces cas ; 3°. leurs rapports avec l'enfant dans le dernier ; 4°. le mécaniſme de l'accouchement le plus ordinaire ; 5°. les cauſes qui rendent l'accouchement contre nature, ou laborieux, & la meilleure manière de le terminer ; 6°. enfin les accidens & les maladies qui expoſent les jours de la mère ou ceux de l'enfant, & quelquefois de l'un & de l'autre ; celles qui exigent des ſecours preſſans, & qui ne permettent pas, pour le moment, de prendre d'autres conſeils que ceux de l'Accoucheur ou de la Sage-femme.

CHAPITRE PREMIER.

Des parties de la Femme qui ont rapport à la génération, à la grossesse & à l'accouchement.

D. *Comment divise-t-on les parties de la femme qui servent à la génération, à la grossesse & à l'accouchement?*

R. On les divise communément en parties dures & en parties molles.

Les parties dures constituent le bassin: les parties molles sont la matrice, ses ligamens, les trompes de Fallope, les ovaires, le vagin, & toutes celles qui forment le *pudendum*, qu'on appelle encore *parties honteuses.*

ARTICLE PREMIER.

Du Bassin.

D. *Qu'est-ce que le bassin?*

R. Le bassin, considéré dans le squélette, est une cavité située au bas de la colonne épinière avec laquelle elle a de fortes connexions, & au-dessus des extrémités inférieures qui lui sont unies d'une manière

très-mobile. Cette cavité n'est formée que de quatre pièces osseuses dans l'adulte ; savoir, des deux os des îles, du sacrum & du coccix ; mais on en remarque un plus grand nombre dans l'enfance, chaque os des îles étant composé de trois parties, & le sacrum de cinq.

D. *Sous quels noms désigne-t-on les trois parties qui forment chaque os des îles, & celles qui constituent le sacrum ?*

R. Les premières sont connues sous le nom d'*ilium*, d'*ischium* & de *pubis* : celles qui constituent le sacrum s'appellent *fausses vertèbres*, & n'ont point d'autres dénominations.

D. *Est-il nécessaire de connoître ce que chacune de ces pièces osseuses présente de particulier ?*

R. Il suffit de considérer l'ensemble de celles qui forment le sacrum ; mais la description de chacune des trois qui constituent les os des îles, répandra plus de clarté sur tout ce que nous dirons du bassin.

SECTION PREMIÈRE.

Des os des îles.

D. *Quelle est la figure & la situation des os des îles ?*

R. Ces os, connus également sous le nom d'*os des hanches* & d'*os innominés*, sont d'une figure trop irrégulière pour qu'on

puiſſe leur en aſſigner une déterminée. Elle eſt telle néanmoins qu'on peut y conſidérer deux faces, quatre bords & quatre angles. Placés ſur les côtés & le devant du baſſin, ils forment plus que les deux tiers antérieurs de cette cavité. Pour les décrire avec plus de préciſion & de clarté, il faut examiner d'abord ce qui appartient à chacune des trois parties qui les compoſent dans l'enfance: parties qui conſervent les mêmes noms dans l'adulte, quoiqu'elles ne ſoient plus ſéparées, & qu'on diſtingue alors à peine l'endroit où elles ſe ſont réunies, & ſoudées les unes avec les autres.

D. *Faites-nous donc la deſcription de l'os ilium.*

R. L'os ilium eſt la plus grande, la plus mince & la plus élevée des trois pièces qui conſtituent l'os des îles: on pourroit l'appeller l'*os de la hanche*. Il eſt placé au-deſſus de l'iſchium & du pubis: ſa forme eſt à-peu-près triangulaire, c'eſt-à-dire, telle qu'on peut y remarquer deux faces, trois bords & trois angles. Des deux faces, l'une fait partie de l'intérieur du baſſin; elle eſt concave dans preſque toute ſon étendue, & cette concavité s'appelle *foſſe iliaque.* Au-deſſous de cette foſſe ſe remarque une eſpèce d'angle ou de coude, qui s'étend obliquement de haut en bas, & du bord poſtérieur de l'os au bord an-

térieur : ce coude, aſſez tranchant en arrière, & arrondi en devant, forme une partie de la marge du baſſin, ou du détroit ſupérieur. Au-deſſous de ce coude, & vers la partie poſtérieure de la face interne de l'ilium, ſe voit une facette, ou empreinte cartilagineuſe, dont la forme ſe rapproche de celle d'un croiſſant; c'eſt par cette facette que l'os innominé s'articule avec le ſacrum.

La face externe de l'ilium eſt moins régulière encore que celle que nous venons de décrire, & ne préſente rien de bien important à connoître relativement à l'accouchement.

Des trois bords de l'os ilium, l'un eſt ſupérieur, le ſecond antérieur, & le troiſième poſtérieur. Le ſupérieur ſe nomme *crête de l'os des îles*, & forme le rebord de la hanche; il eſt le plus long, & ſe contourne légérement à la manière de l'*S* italique. L'antérieur eſt beaucoup plus court, & ne préſente de remarquable qu'une apophyſe plus ou moins longue, qu'on appelle *épine antérieure* & *inférieure* de l'os des îles. Le bord poſtérieur offre une ſemblable éminence, qu'on déſigne ſous le nom d'*épine poſtérieure* & *inférieure*. La rencontre de ces deux bords avec le ſupérieur forme deux angles, qu'on appelle *épines ſupérieures de l'os des îles*, & qu'on diſtingue également en antérieure & en poſtérieure.

L'angle inférieur de l'ilium eſt le plus épais & le plus irrégulier. On y remarque, 1°. une foſſette aſſez large, recouverte d'une lame de cartilage auſſi mince que liſſe & polie, qui fait partie de la cavité cotyloïde que nous indiquerons ci-après; 2°. deux autres facettes plus alongées, par leſquelles l'ilium ſe joint à l'iſchium & au pubis.

D. *Faites-nous la deſcription de l'iſchium.*

R. L'iſchium, ſitué au-deſſous de l'ilium, préſente moins d'étendue que celui-ci. Sa forme eſt telle qu'on ne peut le bien décrire qu'en le diviſant en pluſieurs parties. Sa partie moyenne préſente trois faces & trois angles. L'une des faces répond à l'intérieur du baſſin, la ſeconde à l'extérieur, & c'eſt ſur la troiſième, qu'on appelle *tubéroſité*, qu'eſt appuyé le tronc quand on eſt aſſis bien perpendiculairement.

Les angles bordent les trois faces dont il s'agit.

L'os iſchium diminue ſingulièrement d'épaiſſeur dans ſa partie antérieure, & ſe recourbe en quelque ſorte ſur lui-même en forme de croiſſant. On donne à ce prolongement le nom de *branche* ou d'*apophyſe montante* de l'iſchium; cette apophyſe ſe joint à une ſemblable, qui deſcend de l'os pubis, & forme avec elle un des côtés de cette large échancrure qui ſe voit à la partie antérieure & inférieure du

bassin, que nous appellerons *arcade du pubis.*

L'extrémité postérieure de l'ischium est beaucoup plus épaisse que le reste de l'os. On y remarque une fossette, qui fait partie de la cavité cotiloïde, & deux autres facettes plus longues que larges, par lesquelles cet os s'unit à l'ilium & au pubis. On observe de plus à cette grosse extrémité de l'ischium une apophyse, longue de quatre à six lignes, & assez aiguë, qu'on nomme *épine ischiatique.*

D. *Faites-nous la description de l'os pubis.*

R. L'os pubis est la plus petite des trois pièces qui composent l'os innominé; il occupe le devant du bassin, & forme avec son semblable, une portion de cercle très-alongée: on l'appelle communément *l'os barré.* Le corps, ou le milieu de cet os est triangulaire; on y remarque une face supérieure, une interne & une externe, ainsi que trois angles, dont le plus saillant fait partie de ce qu'on appelle la *marge du bassin*, ou le *détroit supérieur.*

L'os pubis est plus gros en arrière qu'en devant. Sa grosse extrémité présente deux facettes, par lesquelles il s'unit à l'ilium & à l'ischium, & une troisième un peu concave & recouverte de cartilage, qui concourt à former la cavité cotyloïde.

L'extrémité antérieure de l'os pubis est applatie de devant en arrière, ou de

l'intérieur du baſſin au dehors ; elle ſe termine par une empreinte articulaire, longue de douze à quinze lignes, ſur ſix lignes au plus de largeur, par laquelle il s'unit à celui de l'autre côté. La direction de cette empreinte articulaire eſt telle, qu'elle forme avec la face ſupérieure de l'os pubis un angle preſque droit ; c'eſt le point de réunion de ces deux parties qu'on appelle l'*angle*, & quelquefois l'*épine du pubis*.

De l'extrémité antérieure de l'os pubis deſcend une eſpèce d'apophyſe, longue de ſix à huit lignes, un peu applatie & plus large vers ſon commencement qu'à ſon extrémité ; on la nomme la *branche du pubis*. Elle eſt comme torſe dans ſa longueur, de manière qu'un de ſes bords devient preſque antérieur ; & elle s'unit à l'apophyſe montante de l'iſchium, avec laquelle elle forme un des côtés de l'arcade du pubis.

D. *Comment ces trois os, l'ilium, l'iſchium & le pubis s'uniſſent & ſe ſoudent-ils enſemble?*

R. Ces pièces ſe ſoudent au moyen d'une ſubſtance cartilagineuſe, qui ſe durcit & ſe convertit elle-même inſenſiblement en os ; de manière que dans la ſuite, & toujours avant l'âge parfait, il ne reſte preſque aucune trace de leur ſéparation.

Cette eſpèce de ſoudure ſe remarque vers le milieu de la cavité cotyloïde, &

à l'union de la branche de l'iſchium avec celle du pubis.

D. *Indiquez-nous ce que préſente de particulier l'os des îles ou innominé, lorſque les trois pièces qui viennent d'être décrites ſont ainſi réunies.*

R. Il offre, vers le milieu de ſa face externe, une cavité de forme circulaire aſſez profonde, recouverte d'un cartilage liſſe & poli; & au-devant de cette cavité, deſtinée à recevoir la tête de l'os de la cuiſſe, une large ouverture, qu'on appelle *trou ovalaire.*

SECTION II.

De l'os ſacrum.

D. *Indiquez-nous quelle eſt la figure & la ſituation de l'os ſacrum, & ce qu'il préſente de plus remarquable.*

R. L'os ſacrum reſſemble à une eſpèce de pyramide un peu applatie & recourbée ſur elle-même, mais dont la baſe ſeroit en haut & la pointe en bas. Il eſt ſitué à la partie poſtérieure du baſſin, & comme enclavé entre les deux os des îles.

On y conſidère deux faces, deux bords; ſa baſe & ſa pointe.

Celle des faces qui fait partie de l'intérieur du baſſin eſt concave ſelon ſa longueur. On y remarque huit trous d'inégale

largeur, qu'on nomme *trous sacrés antérieurs*. Ces trous paroissent percés obliquement dans l'épaisseur de l'os, de sorte qu'ils forment vers leurs bords externes, comme autant de gouttières plus ou moins superficielles. Ils pénètrent dans un canal pratiqué selon la longueur de l'os même, donnent issue à de gros nerfs, dont la plupart vont se distribuer aux cuisses, aux jambes & aux pieds : ce sont les nerfs sacrés.

La face externe du sacrum est convexe; & comme hérissée d'un grand nombre d'apophyses distribuées en plusieurs rangées; celles du milieu se nomment *apophyses épineuses*. Au-dessus de la première de ces apophyses se remarque une ouverture triangulaire & assez large, qui forme l'entrée du canal sacré; & il en est une autre semblable vers le bas, mais plus petite, qui termine ce même canal. On voit de plus à la face externe du sacrum huit trous, distribués comme ceux de la face interne.

Les bords du sacrum présentent supérieurement une empreinte articulaire, comme celle que nous avons remarquée à la partie postérieure de la face interne de l'os ilium.

La base du sacrum en est la partie la plus large & la plus épaisse. On y remarque au milieu une empreinte cartilagineuse de forme ovale, dont la direction est telle

que le bord antérieur se trouve plus élevé que le postérieur. Derrière cette empreinte sont deux apophyses qui s'élèvent des bords de l'entrée du canal sacré ; elles sont un peu concaves d'un côté, & recouvertes d'un cartilage articulaire.

La pointe du sacrum offre une autre empreinte ovalaire semblable à celle de la base, mais beaucoup plus petite, & inclinée différemment, son bord postérieur étant plus élevé que l'antérieur.

SECTION III.

Du Coccix.

D. FAITES-NOUS *la description du coccix.*

R. Le coccix, qu'on appelle vulgairement l'*os du croupion*, est formé de trois pièces qui diminuent insensiblement de largeur depuis le haut de la première jusqu'à l'extrémité de la dernière. Réunies, ces trois pièces représentent en petit la figure du sacrum, & forment, comme lui, une espèce de pyramide, longue seulement de douze à quatorze lignes, & légérement recourbée sur sa partie antérieure.

Les trois os du coccix sont liés entre eux, de manière qu'ils jouissent long-temps de quelque mobilité ; & le premier est joint à-peu-près de même à la pointe du sacrum.

SECTION IV.

De la connexion des os du baſſin entre eux; de celle du baſſin même avec la colonne vertébrale & les extrémités inférieures.

D. *DE quelle manière les os du baſſin ſe joignent-ils enſemble, & quels ſont les moyens qui les tiennent réunis?*

R. L'eſpèce de cercle que le baſſin décrit intérieurement paroît interrompu ou coupé par trois lignes qu'on nomme *ſymphiſes*. Celle qui ſe voit en devant eſt la ſymphyſe du pubis, & les autres placées en arrière & ſur les côtés ſont les ſymphiſes ſacro-iliaques.

Les os pubis ſont liés enſemble, 1°. au moyen d'une ſubſtance cartilagineuſe & ligamenteuſe qui eſt attachée fermement à l'extrémité antérieure de chacun d'eux; 2°. par un grand nombre de faiſceaux tendineux ou aponévrotiques & ligamenteux, qui s'entre-croiſent différemment; 3°. par des ligamens particuliers, dont le plus remarquable, appellé *ligament tranſverſal*, eſt au-deſſous de la ſymphiſe.

Les os des îles s'articulent à-peu-près de la même manière avec le ſacrum; & ces trois os ſont également liés par des ligamens forts & nombreux, qui s'attachent

à l'un & à l'autre os de chaque côté. Quelques-uns de ces ligamens sont à la partie postérieure du bassin, & les autres se trouvent au-dessus & au-dessous de la jonction des os. Nous ne décrirons que les derniers qu'on appelle *sacro-sciatiques*.

Les ligamens sacro-sciatiques ne sont qu'au nombre de deux, un de chaque côté. Ils descendent de la partie postérieure de l'os des îles, des parties latérales du sacrum & du coccix, vers la tubérosité & l'épine de l'un & l'autre os ischium; où ils se terminent par deux branches, qui laissent entre elles un espace triangulaire assez considérable.

Ces ligamens tendus en manière de corde depuis le sacrum jusqu'aux os ischium, servent à compléter les parties postérieures & latérales du bassin, & font paroître au-dessous des symphises sacro-iliaques, deux larges ouvertures ovales, comme celles qui se remarquent aux côtés de l'arcade du pubis.

Le coccix s'unit à la pointe du sacrum au moyen d'une substance ligamenteuse & cartilagineuse, & de plusieurs ligamens particuliers; mais cette articulation n'est pas aussi serrée que les précédentes.

D. *Comment le bassin est-il uni à la colonne vertébrale?*

R. La connexion du bassin avec la colonne vertébrale est plus composée que celles que nous venons de décrire. On

remarque, 1°. que le facrum eft uni au bas de la dernière vertèbre lombaire par une fubftance ligamenteufe & comme cartilagineufe, affez épaiffe & élaftique, qui eft attachée fortement à l'un & à l'autre; 2°. que ce premier moyen d'union eft fortifié par plufieurs ligamens, dont les uns font en devant, en arrière & fur les côtés, & les autres dans le canal formé par la réunion des vertèbres, & qui fe continue avec celui du facrum poftérieurement; 3°. que le facrum s'articule encore à cette dernière vertèbre au moyen des deux apophyfes, que nous avons décrites en parlant de la bafe de cet os; 4°. enfin, que la vertèbre dont il s'agit, eft liée de chaque côté à la crête de l'os des îles & à la bafe du facrum même, par deux ligamens très-forts.

D. *Quelles font les connexions du baffin avec les extrémités inférieures?*

R. Ces connexions font bien différentes de celles dont nous venons de parler. Ce ne font plus des pièces affemblées qui ne fe touchent que par des furfaces peu étendues diverfement figurées, & que de nombreux ligamens retiennent en place. On voit au milieu de la face externe de l'os des îles, une cavité circulaire, appellée *cotyloïde*, qui reçoit la tête de l'os de la cuiffe, & dans laquelle cette tête eft retenue par un ligament très-fort, & par

une capſule très-épaiſſe en forme de bourſe; mais de ſorte que la cuiſſe peut exécuter les plus grands mouvemens dans toutes les directions poſſibles.

EXPLICATION

DE LA PREMIÈRE PLANCHE.

Cette Planche repréſente un baſſin bien conformé.

AAAA. Les os ilium.
BBBB. Les os iſchium.
CCCC. Les os pubis.
dddd. Le ſacrum.
EEE. Le coccix.
F. La dernière vertèbre des lombes.
gg. Les fémurs, ou les os des cuiſſes.
HH. Les foſſes iliaques.
hhhh. La crête des os des îles.
ii. L'épine ſupérieure & antérieure des os des îles.
KK. L'épine antérieure & inférieure des os des îles.
LL. Les cavités cotyloïdes.
MM. Lieu où l'os ilium, l'os iſchium & l'os pubis ſe ſoudent enſemble.
NN. La tubéroſité de l'iſchium.
OO. L'angle de l'os pubis.

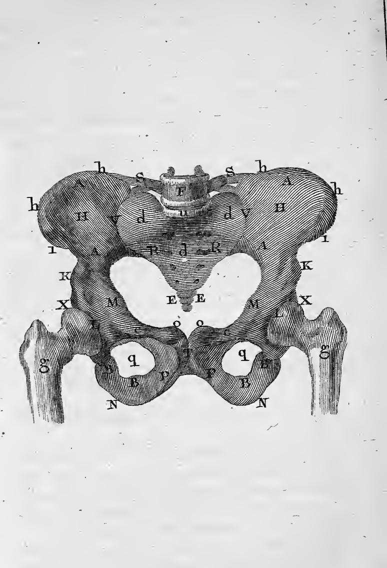
PP. La branche de l'os pubis & celle de l'os ischium soudées ensemble.
qq. Le trou ovalaire.
RRRR. Les trous sacrés.
SSSS. Ligamens qui vont des apophyses transverses de la dernière vertèbre des lombes, à l'os sacrum & à la crête des os des îles.
T. La symphise du pubis.
VV. Les symphises sacro-iliaques.
uu. La symphise sacro-vertébrale.
xx. L'articulation de l'os de la cuisse avec l'os des îles.

SECTION V.

De l'état naturel des symphises des os du bassin, & de l'altération qu'elles éprouvent quelquefois, soit pendant la grossesse, soit pendant l'accouchement.

D. QUEL *est l'état naturel des symphises des os du bassin?*

R. Ces symphises, dans l'ordre naturel, sont tellement disposées, & si étroitement serrées, que les os du bassin ne sauroient se mouvoir, au moins d'une manière apparente à la vue; car ils ne sont pas absolument immobiles. La raison & l'observation prouvent que cette disposition étoit des plus importantes & des plus nécessaires à la facilité de certaines fonctions; que


h
S
S
h
A
A
h
h
F
u
H
V
d
d
V
H
I
A
R
d
R
A
I
K
K
X
M
E
E
M
X
L
o
o
L
c
c
g
q
T
q
g
B
B
B
P
P
B
N
N

sans elle la marche n'eût pu se faire que difficilement, avec douleur & en boîtant; que la course, la danse & beaucoup d'autres exercices nous eussent été impossibles.

Si cette stabilité étoit nécessaire de la part des symphises sacro-iliaques & de celle du pubis, elle eût été nuisible dans celle du sacrum avec le coccix; aussi avons-nous déjà observé que cette connexion étoit autrement disposée, & que le coccix pouvoit se mouvoir, soit en portant sa pointe en dehors, soit en la ramenant vers la cavité du bassin.

L'immobilité du coccix auroit pu devenir contraire à la facilité de l'accouchement; comme on le remarque quelquefois, quand cette appendice est soudée intimément au sacrum, & ne fait qu'une seule & même pièce avec lui.

La jonction du sacrum à la colonne vertébrale, semblable à celle du coccix, quoique plus composée, permet également au bassin de se mouvoir sur cette colonne, & à celle-ci d'exécuter quelques mouvemens sur le bassin; & cette mobilité n'étoit pas moins nécessaire que celle du coccix, quoiqu'en des circonstances bien différentes.

D. *Quelles sont les diverses altérations que peuvent éprouver la symphise du pubis & les symphises sacro-iliaques, soit dans la grossesse, soit dans l'accouchement?*

R. Ces ſymphiſes peuvent ſe relâcher à des degrés différens dans le cours de la groſſeſſe, par l'infiltration de la séroſité qui a lieu dans le tiſſu des parties ligamenteuſes qui les conſtituent; ce qui permet aux os de ſe mouvoir, de vaciller en quelque ſorte, & de s'écarter. D'autres fois ces mêmes ſymphiſes, moins diſpoſées à réſiſter ou à s'alonger, ſe déchirent dans les efforts de l'accouchement; ce qui donne lieu au même écartement & à des accidens le plus ſouvent très-fâcheux.

D. *Le relâchement de ces ſymphiſes a-t-il lieu conſtamment à la fin de la groſſeſſe?*

R. Si ce relâchement exiſte auſſi conſtamment que bien des auteurs l'ont aſſuré, du moins n'eſt-il pas remarquable extérieurement, & aucuns ſymptomes rationnels ne l'annoncent-ils pas chez la plupart des femmes qui ſont près du moment de l'accouchement. Rarement on l'a obſervé d'une manière aſſez apparente à l'ouverture des cadavres, ſoit à la ſuite d'un accouchement ordinaire, ſoit à la ſuite d'un accouchement difficile, pour ne laiſſer aucun doute ſur ſon exiſtence; & quand on l'a trouvé, le plus ſouvent il ne permettoit qu'un très-petit écartement de la part des os.

On ne peut nier cependant que ce relâchement n'eût été quelquefois aſſez grand pour permettre aux os de s'écarter de

plusieurs lignes ; mais alors les femmes en étoient très-incommodées avant d'accoucher.

D. *A quels signes reconnoît-on qu'un pareil relâchement a lieu dans les symphises indiquées ?*

R. Quand il est aussi considérable, on le reconnoît au toucher, par la mobilité des os. La femme ne peut marcher qu'en boîtant, avec peine & douleur ; souvent même elle ne peut faire un seul pas, & le plus léger mouvement des extrémités inférieures, même quand elle est au lit, lui devient pénible & douloureux. Ces derniers symptomes, que nous appellons *rationnels*, ont accompagné plusieurs fois un relâchement moins considérable que celui dont il s'agit.

D. *Ce relâchement si contraire au bien-être de la femme dans les derniers temps de la grossesse, ne devroit-il pas être favorable à l'accouchement ?*

R. C'est l'opinion de la plupart de ceux qui ont écrit sur l'Art des accouchemens depuis plus de deux mille ans ; & à peine s'est-il trouvé quelques Auteurs, dans cette longue suite d'années, qui se soient élevés contre ce sentiment, quoique peu vraisemblable. Plusieurs, d'après cette opinion, ont même prescrit des moyens pour relâcher les symphises dont il s'agit, croyant ainsi agrandir le bassin ; & d'autres ont conseillé

de couper celle du pubis. Tandis que ceux-ci coupoient la symphise qu'ils croyoient ne pouvoir relâcher, les premiers assuroient que par des bains, des fomentations & des linimens, on avoit plus d'une fois procuré au bassin l'amplitude nécessaire pour l'accouchement; & prévenu, en pareilles circonstances, la nécessité de l'opération césarienne, toujours très-dangereuse.

D. *Comment démontrerez-vous que le relâchement des symphises du bassin n'a pu être aussi favorable à l'accouchement que l'ont annoncé tant d'Auteurs?*

R. Ce relâchement ne peut être favorable à l'accouchement qu'autant qu'il permet aux os du bassin de s'écarter au point de procurer à ce canal les dimensions qui lui sont nécessaires pour donner issue à l'enfant. Or, ce relâchement ne peut être assez considérable pour ramener le bassin mal conformé à son état naturel & propre à l'accouchement. Quand il permettroit aux os pubis de s'écarter d'un pouce, ce qui est sans exemple, l'ouverture du bassin, considérée du pubis au sacrum, ne s'en trouveroit que de deux lignes plus large; lorsque souvent il s'en faut d'un pouce, & même de deux, que le diamètre de cette ouverture, pris dans la direction assignée, ne soit aussi grand que le plus

petit des diamètres de la tête de l'enfant.

Si un écartement d'un pouce entre les os pubis, qui n'a jamais eu lieu à l'inſtant de l'accouchement ſans que la ſymphiſe ne fût déchirée, ne peut donner que deux lignes de plus au petit diamètre de l'entrée du baſſin, un écartement beaucoup plus petit, & tel qu'on l'a remarqué le plus ſouvent, n'ajoutera rien à ce diamètre, & preſque rien dans les autres directions ſelon leſquelles on a coutume de meſurer le baſſin. C'eſt une vérité qu'on ne peut méconnoître aujourd'hui.

D. *Si la rupture de la ſymphiſe du pubis permet aux os de s'écarter davantage, que ne le fait le relâchement de cette ſymphiſe, toujours ſi borné, ne ſeroit-il pas à propos, dans bien des cas, de la couper?*

R. On ne peut ſe diſſimuler que la rupture complette de la ſymphiſe du pubis n'eût permis à quelques femmes d'accoucher avec moins d'efforts; & que dans le nombre de celles qui ont éprouvé cet accident, il en eſt dont on n'auroit pu obtenir que difficilement l'iſſue de l'enfant, ſi la ſymphiſe dont il s'agit ne ſe fût déchirée: mais quelle a été la deſtinée de ces femmes? Si on ne ſe fût décidé que d'après leurs exemples à couper la ſymphiſe du pubis, comme on l'a fait tant de fois depuis 1777, aucune femme n'auroit encore ſouffert cette nouvelle opération.

D. *Quelles ſont les indications curatives du relâchement & de la rupture des ſymphiſes des os du baſſin ?*

R. Le relâchement, à moins qu'il ne ſoit extrême, n'entraîne pas après lui de ſuites bien fâcheuſes ; il en réſulte ſeulement une marche claudicante, pénible & douloureuſe. Mais la rupture de ces ſymphiſes eſt toujours un accident très-grave ; elle conduit promptement à la mort, quand elle eſt complette, & lorſque l'écartement a été conſidérable.

Dans le cas de relâchement, on preſcrit à la femme de garder le repos ; on maintient les os du baſſin rapprochés au moyen d'un bandage convenable ; on a recours aux cataplaſmes aſtringens, aux fumigations aromatiques & aux bains froids ; mais on obſerve de n'employer ces derniers moyens que lorſque les ſuites des couches n'exiſtent plus, c'eſt-à-dire, lorſqu'il n'y a plus d'écoulement de lochies.

Dans le cas de rupture, on s'efforce de prévenir ou de combattre l'inflammation qui ſuit de près ce déchirement, & de s'oppoſer à la ſuppuration, aux dépôts & autres accidens qui en dépendent.

SECTION VI.

Division du Baſſin.

D. COMMENT *diviſe-t-on le baſſin ?*

R. On le diviſe communément en deux parties, une ſupérieure, qu'on appelle le *grand baſſin*, & une inférieure, qu'on nomme le *petit baſſin*.

La première comprend tout ce qui eſt au-deſſus de la ligne que nous avons déjà déſignée ſous le nom de marge. Elle eſt formée par les deux tiers des os ilium proprement dits, par une portion du ſacrum & les dernières vertèbres des lombes. Elle ſe trouve échancrée largement en devant, de ſorte qu'il y a huit à neuf pouces de vuide, de l'extrémité antérieure de la crête de l'un des os des îles au même point de l'autre.

Le petit baſſin eſt formé par le tiers inférieur des os ilium, les iſchium, les pubis, le coccix, & preſque la totalité du ſacrum.

Tous ces os ſont diſpoſés & arrangés de manière qu'ils forment ſupérieurement une eſpèce de cercle un peu applati, & inférieurement trois échancrures larges & profondes, dont l'une eſt au-deſſous de la ſymphiſe du pubis, & les deux autres vers les ſymphiſes ſacro-iliaques. On

appelle ces dernières, *échancrures sacro-sciatiques*, & la première, *arcade du pubis.*

D. *Comment doit-on considérer le bassin relativement à l'accouchement?*

R. On doit en connoître la figure, les dimensions & la direction : mais, pour exposer ces choses avec plus de clarté, il convient d'examiner séparément les différentes parties de cette cavité. On considère au petit bassin deux détroits, savoir un supérieur & un inférieur, & de plus son excavation, qui en est la partie moyenne.

D. *Qu'entendez-vous par détroit supérieur, quelle en est la figure, & quelles en sont les dimensions?*

R. Le détroit supérieur n'est autre chose que le cercle dont nous venons de parler. Il est formé par le bord antérieur de la base du sacrum, le coude que décrit la face interne des os ilium, & l'angle supérieur des os pubis. Ce détroit est pour l'ordinaire d'une forme un peu ovale, de sorte qu'il est plus large d'un os des îles à l'autre, que du pubis au sacrum. Quelquefois le contour en est circulaire; d'autres fois semblable à un cœur de carte à jouer, & dans quelques cas on ne peut plus irrégulier; ce qu'il est important de bien connoître dans la pratique des accouchemens difficiles.

Pour déterminer le développement ou

l'étendue du détroit ſupérieur, on y aſſigne pluſieurs diamètres : ce ſont autant de lignes qui vont d'un point du détroit à un autre point, en paſſant à-peu-près au centre de cette ouverture.

Le plus petit de ces diamètres, qui eſt pour l'ordinaire de quatre pouces, ſe meſure de la ſymphiſe du pubis au milieu de la ſaillie que forme la baſe du ſacrum.

Le plus grand paſſe tranſverſalement d'un os ilium à l'autre, & eſt communément de cinq pouces.

Le troiſième & le quatrieme diamètres coupent le détroit obliquement, du point qui répond au bord antérieur de la cavité cotyloïde d'un côté, au milieu de la ſymphiſe ſacro-iliaque du côté oppoſé : on les nomme diamètres moyens ou obliques, & ils ont quatre pouces ſix à huit lignes d'étendue ſur la plupart des baſſins.

D. *Vous venez d'aſſigner la figure & les dimenſions du détroit ſupérieur, priſes dans un baſſin ſec & privé de tous les muſcles, dites-nous ſi ces mêmes muſcles n'y apportent pas de changemens dont la connoiſſance ſoit néceſſaire à l'accouchement.*

R. Les connoiſſances que nous venons d'établir à cet égard ſuffiſent à l'accoucheur ; mais pour la plus grande exactitude, nous ajouterons que parmi les muſcles qui recouvrent le dedans du baſſin, il y en a deux appellés *pſoas*, qui deſcendent

des parties latérales de la colonne lombaire sur les côtes du détroit supérieur, pour se rendre à la partie supérieure & interne de l'os des cuisses; que ces deux muscles, un de chaque côté, changent un peu la forme du détroit, & en diminuent la largeur, de manière que le diamètre transversal est alors plus petit que les diamètres obliques; mais cette remarque est peu importante.

D. *Quelle est la figure du détroit inférieur, & quelles en sont les dimensions?*

R. Ce détroit décrit un cercle très-irrégulier, étant formé par le contour de l'arcade du pubis, le bord interne de la tubérosité de l'un & l'autre os ischium, les ligamens sacro-sciatiques, & l'extrémité du coccix. On y assigne deux diamètres principaux, dont l'un s'étend du bord inférieur de la symphise du pubis à la pointe du coccix, & l'autre mesure transversalement le plus grand écartement que laissent entre eux les os ischium. Ils sont au moins de quatre pouces d'étendue chez le plus grand nombre de femmes.

Nous observerons que le premier de ces diamètres est susceptible de s'augmenter au moment où la tête de l'enfant traverse le détroit inférieur, l'extrémité du coccix pouvant alors se porter en arrière; ce qui fait qu'il passe généralement pour le plus grand. Nous ajouterons encore que ce

diamètre se trouve dans la direction du plus petit diamètre du détroit supérieur, & que le plus grand de celui-ci répond au plus petit du détroit inférieur : observation qui n'est pas moins importante que la précédente, & que l'accoucheur ne doit jamais perdre de vue dans la pratique des accouchemens difficiles, puisque de cette observation seule dépend quelquefois le succès de son entreprise.

D. *Le développement que vous venez d'assigner à l'un & à l'autre détroits est-il absolument nécessaire à l'accouchement ?*

R. Non ; à moins que la tête de l'enfant ne soit beaucoup plus grosse que d'ordinaire. Dans la plupart des cas, chaque diamètre pourroit avoir six lignes de moins que la longueur qui lui a été assignée, sans que le bassin en devienne trop étroit pour le passage de l'enfant : la longueur requise de la part du petit diamètre de l'un & l'autre détroits étant de trois pouces & demi, & celle du grand diamètre de quatre pouces au plus.

D. *Quel est le plus grand diamètre du détroit supérieur, quand il affecte parfaitement la forme circulaire ?*

R. Tous les diamètres seroient alors de la même longueur, si les muscles des environs ne changeoient pas un peu la forme circulaire de ce détroit. Mais comme les muscles psoas le rétrecissent transversale-

ment, ainſi que nous l'avons obſervé ci-deſſus, le diamètre qui va du pubis au ſacrum eſt le plus grand, relativement à l'accouchement.

D. *Quelles ſont les dimenſions de la partie moyenne, ou de l'excavation du baſſin?*

R. La partie moyenne du baſſin préſente un peu plus de largeur du milieu du ſacrum à la ſymphiſe du pubis, que les détroits même meſurés dans cette direction; ce qui vient de la courbure, ou de la concavité du ſacrum.

D. *Quelle eſt la profondeur du petit baſſin?*

R. La profondeur du baſſin doit être déterminée par la hauteur des parois de cette cavité. Elle eſt de quatre pouces & demi à cinq pouces vers la partie poſtérieure, de trois pouces & demi au plus ſur les côtés, & d'un pouce & un quart, ou un pouce & demi derrière la ſymphiſe du pubis.

D. *Quelles ſont les dimenſions de l'arcade du pubis?*

R. Cette arcade, qui a pour ſommet le bord inférieur de la ſymphiſe du pubis, & pour baſe l'écartement que laiſſent entre elles les tubéroſités iſchiatiques, eſt d'un pouce & demi de largeur en haut, & de plus de trois pouces & demi en bas. Sa hauteur eſt de deux pouces moins quelques lignes, dans la plupart des baſſins.

D. Quelle eſt la direction du canal du baſſin, ſoit relativement à l'horiſon, ſoit relativement au corps de la femme ?

R. Lorſque le ſquélette eſt debout, & dans une attitude naturelle, l'ouverture ſupérieure du baſſin eſt tellement inclinée de derrière en devant, que la baſe du ſacrum ſe trouve beaucoup plus élevée que les os pubis, & que l'œil ne découvre que le ſommet de l'arcade de ces derniers.

EXPLICATION

DE LA PLANCHE II.

FIGURE I.

Cette figure repréſente le grand baſſin ſeulement, & le détroit ſupérieur.

aa. Les os ilium & les foſſes iliaques.
bb. Les os pubis.
cc. Le deſſus des cavités cotyloïdes, points où les os pubis ſe joignent aux os ilium.
dd. La baſe du ſacrum.
ee. La dernière vertèbre des lombes.
f. La ſymphiſe du pubis.
gg. Les ſymphiſes ſacro-iliaques.
h. La ſymphiſe ſacro-vertébrale.
AA. Cette ligne indique le diamètre antero-

postérieur, ou le petit diamètre du détroit supérieur.

BB. Le diamètre transversal, ou le grand diamètre.

CC. Diamètre oblique qui va de la cavité cotyloïde gauche à la symphise sacro-iliaque droite.

DD. Diamètre oblique qui va de la cavité cotyloïde droite à la symphise sacro-iliaque gauche.

FIGURE II.

Cette figure présente un bassin renversé, de manière qu'il offre à la vue tout le développement du détroit inférieur.

aa. La face externe des os des îles.
bb. Les épines supérieures & antérieures des os des îles.
cc. Les épines antérieures & inférieures de ces mêmes os.
dd. La face antérieure des os pubis.
ee. La symphise des os pubis.
ff. Les cavités cotyloïdes.
gg. Les trous ovalaires & les ligamens obturateurs.
hh. La tubérosité des os ischium.
iiii. La face antérieure du sacrum.
kkkk. Les trous sacrés.
l. Le coccix.
mmmm. Les ligamens sacro-ischiatiques.
nnn. L'arcade des os pubis.

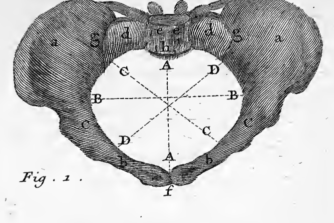


Fig. 1.

Fig. 2.

Les lignes ponctuées indiquent les diamètres du détroit inférieur.

AA. Diamètre qui va de la ſymphiſe du pubis à la pointe du coccix, ou le grand diamètre.

BB. Diamètre tranſverſal, ou petit diamètre, qui va de la tubéroſité de l'un des os iſchium à celle de l'autre.

SECTION VII.

Des vices de conformation du baſſin.

D. *Que doit-on entendre par vices de conformation du baſſin ?*

R. On doit appeller ainſi les divers états dans leſquels la figure & les dimenſions du baſſin s'éloignent aſſez de la deſcription que nous venons d'en faire, pour que le mécaniſme de l'accouchement en ſoit dérangé, ou que la femme en éprouve quelques accidens.

Ces défauts de conformation peuvent ſe rapporter à la trop grande capacité du baſſin ; & à ſa trop petite largeur, qu'on exprime par le mot *étroiteſſe*.

Le baſſin eſt trop grand lorſque ſes dimenſions ſurpaſſent de beaucoup celles qu'il a communément ; & il eſt reſſerré lorſqu'il n'a pas le développement néceſ-

faire au libre passage d'un enfant de volume ordinaire.

D. *Quelles peuvent être les suites de la trop grande capacité du bassin?*

R. Si les femmes dont le bassin est aussi large, paroissent devoir accoucher plus facilement que les autres, en ce que l'enfant doit éprouver moins de frottemens en le traversant, l'expérience prouve qu'elles paient souvent, par de longues incommodités, ce foible avantage.

Celles dont le bassin est trop large sont plus sujettes à la descente de matrice que les autres, sur-tout après quelques grossesses; & il est plus difficile de contenir cette descente. Les derniers temps, & souvent le commencement de la grossesse, sont accompagnés de pesanteurs vers le fondement, & de douleurs vers les lombes, ainsi que dans les aînes. La grossesse ne met pas toujours ces femmes à l'abri de la descente de matrice, cet accident pouvant avoir lieu pendant le travail même de l'accouchement. La matrice, chez les femmes dont le bassin est très-large, peut prendre une plus grande obliquité que chez les autres, & cette obliquité apporte de nouveaux obstacles à l'enfantement, &c. Ajoutez à tous ces accidens ceux qui suivent souvent un accouchement trop précipité.

D. *Quels sont les effets de l'étroitesse du bassin?*

R. Ces effets sont en général bien plus fâcheux que ceux qui naissent de l'excès d'amplitude ; puisque ce vice de conformation rend constamment l'accouchement difficile, & aussi long que pénible pour la mère & pour l'enfant, & qu'il peut le rendre même impossible par la voie naturelle.

Pour exposer ces effets avec clarté, il faut établir préalablement les principaux degrés de l'étroitesse du bassin.

D. Indiquez-nous donc de quelle manière, & à quel degré le bassin peut être resserré.

R. Le bassin peut être resserré dans toutes ses parties en même temps, dans une seule, ou bien dans plusieurs. On remarque quelquefois que ce défaut de conformation n'affecte que le grand bassin, & ne consiste que dans le peu d'écartement que laissent en devant les os des îles ; mais alors il a peu d'influence sur la grossesse & sur l'accouchement. D'autres fois ce vice n'affecte que le petit bassin ; & c'est dans ce cas qu'il mérite toute notre attention.

Le détroit supérieur, le plus souvent, est celui qui se trouve trop resserré pour l'accouchement ; & presque toujours on remarque que c'est dans la direction du pubis au sacrum. Rarement ce détroit est trop petit transversalement.

Le détroit inférieur peut être également resserré ; mais ce vice ne consiste fréquem-

ment que dans le trop grand rapprochement des tubérosités ischiatiques ; ce qui rend en même temps l'arcade du pubis beaucoup plus étroite.

On observe assez souvent qu'il n'y a qu'un des détroits qui soit resserré, pendant que l'autre a toute sa largeur naturelle, & quelquefois plus. Il est aussi des bassins dont les deux détroits sont affectés du même vice de conformation ; tantôt dans les mêmes directions, & tantôt en sens contraire, mais rarement au même degré.

L'étroitesse du bassin, & sur-tout celle du détroit supérieur, présente des nuances infinies. Quelquefois ce défaut de conformation est léger, & ne diminue le diamètre qui va du pubis au haut du sacrum que de quelques lignes ; d'autres fois il est plus grand, & ne laisse à ce diamètre que trois pouces un quart, trois pouces, trois pouces moins un quart, deux pouces & demi, & même beaucoup moins. Il y a des bassins sur lesquels le pubis n'est éloigné de la saillie que forme la base du sacrum que de deux pouces, & même d'un seul.

Ces degrés d'étroitesse influent diversement sur l'accouchement ; & ce vice en général est plus à redouter de la part du détroit supérieur, que du détroit inférieur.

D. *Quels sont donc les inconvéniens qui peuvent résulter de ce vice de conformation ?*

R. Il influera d'autant plus fortement ſur le mécaniſme de l'accouchement, qu'il ſera plus conſidérable, ou que le baſſin conſervera moins de largeur. Si ce vice de conformation ne diminue le diamètre du détroit qui en eſt affecté que de quelques lignes, l'accouchement en deviendra ſeulement plus long, & plus douloureux pour la femme. Il ſera plus difficile & plus pénible, ſi ce diamètre ne conſerve que trois pouces un quart d'étendue, & il le ſera extrêmement, lorſque ce diamètre n'aura que trois pouces (*a*).

Il y a peu d'exemples que l'accouchement ſe ſoit opéré naturellement chez des femmes dont le baſſin ne préſentoit que trois pouces moins un quart, ou deux pouces & demi de petit diamètre; & ces exemples ne doivent être regardés que comme des exceptions exceſſivement rares à la règle générale. Dans tous ces cas d'exceptions, la tête de l'enfant étoit plus petite, ou beaucoup plus molle qu'elle ne l'eſt ordinairement; ce qui lui a permis de changer de forme, & de s'accommoder à celle du détroit reſſerré.

(*a*) On ſuppoſe ici que l'enfant eſt à terme & d'une groſſeur ordinaire; que ſa tête eſt ſolide comme à ce terme, & qu'elle a trois pouces & demi d'épaiſſeur d'un côté à l'autre, ſur quatre pouces au moins de longueur.

Les degrés de resserrement qui ne laissent qu'au-dessous de deux pouces & demi de diamètre, rendent constamment l'accouchement impossible, sans les secours extrêmes de l'art.

D. *Les difficultés de l'accouchement peuvent-elles influer, dans tous les cas, sur la vie de la mère & sur celle de l'enfant?*

R. Oui : on ne voit que trop souvent alors l'un & l'autre exposés à de fâcheux accidens; la compression qu'éprouvent les parties molles qui garnissent l'intérieur du bassin étant proportionnée à celle de la tête de l'enfant poussée avec force dans ce canal. Tandis que cette tête s'affaisse dans un sens quelconque, se déprime, & quelquefois se fracture, les vaisseaux du cerveau s'engorgent, se dilatent & se déchirent; ce qui donne lieu à des épanchemens mortels. Les parties de la femme, pressées par cette tête contre les os du bassin, s'engorgent de même, s'enflamment, & souvent après s'ulcèrent. Les urines retenues ne peuvent s'évacuer, & le sang, ne pouvant traverser librement les vaisseaux iliaques, reflue vers les parties supérieures; ce qui produit de nouveaux accidens.

D. *D'où proviennent toutes ces défectuosités du bassin?*

R. Elles proviennent toutes de la mauvaise conformation des os qui constituent

cette cavité, & du vice de leurs articulations. L'étroiteſſe de toutes les parties du baſſin ne peut dépendre que du vice de tous les os, plus petits ou plus irréguliers que de coutume. La mauvaiſe conformation du ſacrum, & ſa poſition contre nature, peuvent influer ſur toutes les parties du baſſin, ou ſur un des détroits excluſivement.

Lorſque le ſacrum eſt très-recourbé; ſa baſe & ſa pointe, pour l'ordinaire, ſe trouvent plus rapprochées du pubis; ce qui rétrecit les détroits. Comme le ſacrum alors a moins de longueur que dans l'état naturel, le baſſin en perd de ſa profondeur en arrière.

La connexion du ſacrum avec les os des îles eſt quelquefois diſpoſée de manière que ſa baſe ſe rapproche beaucoup des os pubis, & que ſa pointe s'en trouve très-éloignée; ce qui augmente le détroit inférieur, & rétrecit le ſupérieur. D'autres fois l'articulation du ſacrum eſt telle que ſa baſe ſe porte en arrière, & ſa pointe en devant; de ſorte que le détroit ſupérieur en devient plus large, & le détroit inférieur plus petit.

Chez quelques femmes, l'irrégularité & l'étroiteſſe du baſſin paroît dépendre uniquement de la direction & de la ſituation des os pubis, qui ſemblent enfoncés vers le dedans de cette cavité, au lieu de décrire en

dehors la convexité, ou portion de cercle dont nous avons parlé ailleurs.

Ajoutez à tous ces vices de conformation & de position, la longueur & la déviation des épines ischiatiques en certains cas; la soudure intime du coccix avec le sacrum, & des trois pièces de cette appendice entre elles; les exostoses qui peuvent s'élever à la surface interne du bassin, & vous aurez l'ensemble de tout ce qui peut rétrecir cette cavité.

D. *Quelles sont les causes qui peuvent produire ces vices de conformation?*

R. Le rachitis, cette maladie connue sous le nom de *noueure*, en ramollissant les os, les dispose à prendre une forme irrégulière, selon la manière dont ils seront tiraillés par les muscles qui s'y attachent, pressés par le poids du corps abandonné à lui-même, ou par les bras de la nourrice.

D. *Quels sont les moyens de s'assurer si le bassin est bien ou mal conformé?*

R. On peut distinguer ces deux états opposés au moyen du toucher, de manière à apprécier les principales nuances des difformités dont nous avons parlé. Mais avant d'entrer dans ces détails, il convient de dire deux mots des parties molles qui ont rapport au bassin, tant intérieurement qu'extérieurement.

EXPLICATION

DE LA PLANCHE III.

FIGURE I.

Cette figure repréſente un baſſin, dont le détroit ſupérieur eſt reſſerré du pubis au ſacrum, de manière à ne laiſſer d'autres reſſources pour l'accouchement que l'opération céſarienne.

aa. Les os ilium.
bb. Les os pubis.
cc. Les os iſchium.
ddd. Les trois dernières vertèbres des lombes.
eee. La baſe du ſacrum.
ff. Les cavités cotyloïdes.
gg. Les trous ovalaires.
h. L'arcade des os pubis.
i. La ſymphiſe du pubis.
kk. Les ſymphiſes ſacro-iliaques.
AA. Diamètre qui va du pubis au ſacrum : ſa longueur n'eſt que d'un pouce deux lignes.
BB. Diamètre tranſverſal : ſa longueur eſt de quatre pouces dix lignes.
CC. Diſtance de la ſaillie du ſacrum à la

cavité cotyloïde gauche : un pouce & une ligne.

DD. Diſtance de la ſaillie du ſacrum à la cavité cotyloïde droite : un pouce huit lignes.

Le détroit inférieur ſur ce baſſin eſt très grand.

FIGURE II.

Cette figure repréſente un baſſin d'une forme encore plus irrégulière que celle du précédent, & le détroit inférieur en étoit également défectueux.

Nota. Nous n'indiquerons que les dimenſions du détroit ſupérieur.

AA. Diamètre qui va du pubis à la ſaillie du ſacrum ; deux pouces deux lignes.

BB. Diamètre tranſverſal ; trois pouces huit lignes.

CC. Diſtance de la ſaillie du ſacrum au fond de la cavité cotyloïde gauche : ſix à ſept lignes.

DD. De la ſaillie du ſacrum au fond de la cavité cotyloïde droite, un pouce deux lignes.

EE. Diamètre tranſverſal, meſuré du fond d'une cavité cotyloïde à l'autre, à égale diſtance du ſacrum & de la ſymphiſe du pubis, un pouce huit lignes.

Fig. 1.

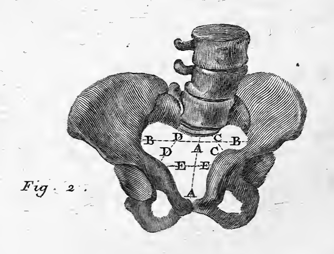


Fig. 2.

SECTION VIII.

Des parties molles qui ont rapport au baſſin.

D. QUELLES *ſont les parties molles qui ſe trouvent dans le baſſin ?*

R. Le baſſin n'ayant d'autres bornes que celles de la cavité abdominale même, & quelques-unes des parties contenues dans celle-ci pouvant deſcendre juſques dans la première, nous pourrions faire mention de tous les viſcères abdominaux, ſans que cette digreſſion fût étrangère à notre objet; mais nous nous bornerons à celles du baſſin proprement dit.

On trouve de chaque côté, ſur la face interne de l'ilium, un muſcle appellé *iliaque*, & au-deſſous de celui-ci un autre, qu'on nomme *pſoas*. Ces deux muſcles réunis à leur partie inférieure paſſent au-deſſus de la cavité cotyloïde pour aller ſe terminer à l'os de la cuiſſe. On rencontre quelquefois un troiſième muſcle aſſez mince, qu'on appelle *petit pſoas* : il eſt placé à côté du ſecond, & vient s'inſérer à l'extrémité du pubis, derrière la cavité cotyloïde. Des cordons de nerfs ſemblent ſortir de l'épaiſſeur des muſcles pſoas, & deſcendent le long de ces muſcles, juſqu'à leur

ſortie du baſſin, pour ſe diſtribuer à la partie antérieure des cuiſſes : ce ſont les *nerſs cruraux*.

On remarque au-devant des vertèbres lombaires deux gros vaiſſeaux placés l'un à côté de l'autre. Celui qui eſt ſur la gauche eſt l'aorte inférieure, & l'autre la veine-cave. Ces vaiſſeaux ſe diviſent chacun en deux branches, qu'on appelle *iliaques ;* & celles-ci bientôt en deux autres, dont l'une s'enfonce dans le baſſin, pour ſe diſtribuer aux parties qu'il renferme, tandis que l'autre s'avance le long du muſcle pſoas, juſqu'à la cuiſſe, où elle prend le nom de crurale, & va ſe répandre dans toute l'extrémité inférieure.

Il y a donc, contre l'un & l'autre pſoas, une groſſe artère & une groſſe veine.

On trouve dans le petit baſſin, 1°. vers le ſacrum, l'inteſtin rectum ; derrière cet inteſtin de gros nerfs qui viennent du canal ſacré, & dont la plupart ſe réuniſſent de chaque côté en un ſeul, pour aller à la cuiſſe ; dans ce même lieu d'autres nerfs & beaucoup de vaiſſeaux, dont quelques-uns ſe nomment *hémorrhoïdaux*. 2°. Derrière & au-deſſus des os pubis on découvre la veſſie & le canal de l'urètre. 3°. Entre la veſſie & l'inteſtin rectum ſont la matrice & ſes ligamens, les trompes de Fallope, les ovaires & le vagin. 4°. On

remarque encore d'autres muſcles dans le baſſin, tels que les releveurs de l'anus, les obturateurs internes, &c.

D. *Quelles ſont les parties molles qui ont quelque rapport au baſſin extérieurement ?*

R. Un grand nombre de muſcles s'attachent aux parois de cette cavité, & la recouvrent de toutes parts. De ces muſcles, dix appartiennent au bas-ventre, & en forment comme l'enceinte antérieurement. Huit deſcendent du bord inférieur & des côtes de la poitrine à la crête des os des îles & à l'angle des os pubis. Des autres muſcles, les uns appartiennent aux bras, aux lombes & au dos; les autres aux cuiſſes & aux jambes....

D. *En quoi la connoiſſance du rapport de toutes ces parties avec le baſſin, tant intérieurement qu'extérieurement, peut-elle être utile à l'Accoucheur ?*

R. La connoiſſance des parties qui ſont à l'extérieur du baſſin eſt moins néceſſaire que celle des parties intérieures; néanmoins elle ne peut être que fort utile. La connoiſſance du rapport des muſcles abdominaux avec la poitrine & le baſſin, par exemple, ſert à expliquer l'influence de leur action dans l'accouchement; celle du rapport des autres muſcles avec le baſſin, à déterminer la meilleure attitude qu'on peut donner à la femme, ſoit re-

lativement à l'accouchement, soit en d'autres circonstances.

Parmi les parties intérieures, il en est qui diminuent la capacité du bassin, & qui sont exposées à un degré de compression, tantôt plus fort & tantôt plus foible, soit durant la grossesse, soit pendant l'accouchement; d'autres éprouvent une espèce de refoulement & de déplacement plus ou moins grand, selon le volume & la pesanteur de la matrice distendue par le produit de la conception. C'est à tous ces changemens qu'on doit attribuer un grand nombre des phénomènes que présentent la grossesse & l'accouchement. La constipation, la rétention, ou la difficulté de rendre les urines, l'infiltration des cuisses & des jambes, la foiblesse de ces extrémités, les crampes, les tremblemens, les engourdissemens qu'elles éprouvent, soit vers la fin de la grossesse, soit dans le cours du travail de l'accouchement, & une infinité d'autres effets sont dus à la compression de l'intestin rectum, à celle du col de la vessie, des vaisseaux iliaques, des nerfs cruraux & sacrés, &c.



SECTION

SECTION IX.

De la manière d'examiner le baſſin pour reconnoître s'il eſt bien ou mal conformé.

D. DANS *quels cas eſt-il néceſſaire de s'aſſurer ſi le baſſin eſt bien ou mal conformé?*

R. Ces recherches devroient être le principal objet de l'Accoucheur, dès qu'il a reconnu que la femme éprouve les douleurs de l'accouchement, & ſur-tout lorſqu'elle n'a point encore eu d'enfant; puiſque la facilité de cette opération dépend en général de la bonne conformation du baſſin, & que rien ne peut la rendre plus difficile que la mauvaiſe conformation de cette cavité. Ces recherches importantes, quand la femme a été nouée dans ſon bas âge, & qu'elle en conſerve des marques extérieures, ſont bien plus importantes encore, quand elle éprouve depuis quelque temps les douleurs de l'accouchement, & que malgré ſes efforts, l'enfant, quoique bien placé, ne peut s'engager.

Les parens qui craignent d'expoſer la vie de leur fille, lorſqu'elle a quelques difformités apparentes, conſultent quelquefois ſur ſon état avant de la marier, & s'en rap-

portent au jugement des personnes de l'art, tantôt d'une Sage-Femme, & tantôt d'un Accoucheur. Comme la destinée de la jeune personne qu'on soumet à l'examen que nous allons décrire, dépend de notre décision, on voit de quelle importance est cet examen, & les lumières qu'il exige de la part de celui qui le fait.

D. *Comment doit-on procéder à l'examen du bassin, & quels sont les signes qui nous feront distinguer celui qui est bien conformé d'avec celui qui est défectueux?*

R. On peut procéder à cet examen de différentes manières, & aucune ne doit être négligée; car le résultat qu'on obtient de l'une ne fait qu'ajouter à la certitude du résultat des autres. Nous observerons cependant que ces divers procédés ne peuvent être mis en pratique dans toutes les circonstances possibles; quelques-unes de ces circonstances exigeant qu'on s'en tienne à un seul.

Quand on a beaucoup d'usage dans l'art du toucher, & qu'on a souvent remarqué par l'application des mains à l'extérieur du bassin, l'ensemble des signes qui caractérisent la bonne conformation, il est aisé de distinguer celui qui est bien disposé d'avec celui qui est défectueux.

Pour acquérir l'habitude nécessaire à cet effet, on peut s'exercer dans le cours de

l'accouchement ordinaire, qui offre des occasions fréquentes, à bien juger de l'élévation, de la rondeur, de la largeur, de l'égalité des hanches, & de l'écartement qu'elles présentent en devant, ainsi que de la forme du sacrum & des os pubis extérieurement.

Quand les hanches sont ouvertes en devant, de l'étendue de huit à neuf pouces; quand elles présentent la même largeur, la même élévation & la même rondeur; si la région du pubis est saillante, & la partie postérieure & supérieure du sacrum peu déprimée, le bassin est bien conformé dans son entrée. On en sera plus certain encore, si l'épaisseur de la femme, prise au moyen d'un compas d'épaisseur, depuis le milieu du mont de Vénus jusqu'à la partie postérieure & supérieure du sacrum, est au-dessus de sept pouces.

On juge presque avec la même facilité de la distance de la pointe du coccix à la symphise du pubis, & de l'écartement des tubérosités ischiatiques, en touchant extérieurement, quand les cuisses & les jambes de la femme sont ployées.

L'irrégularité des hanches, l'applatissement du pubis, la grande convexité du sacrum extérieurement, & la dépression profonde de sa partie supérieure, dénotent une mauvaise conformation; & sur-tout

celle du détroit supérieur. Il reste à déterminer alors de combien ce détroit est resserré.

Ces premières recherches se font en passant les mains sous les habits de la femme, soit en les appliquant immédiatement sur le corps, soit pardessus la chemise.

D. *Comment peut-on apprécier le degré d'ouverture du détroit supérieur, qu'on soupçonne déjà resserré?*

R. Le plus simple & le plus sûr de tous les procédés est de prendre l'épaisseur du bassin, depuis le milieu du mont de Vénus, vis-à-vis le haut de la symphise du pubis, jusqu'à la partie postérieure & supérieure du sacrum, environ quatre pouces au-dessus du coccix, comme on l'a déjà annoncé; & de déduire trois pouces pour l'épaisseur de la base du sacrum & celle des os pubis antérieurement, y compris même les graisses & les tégumens, si la femme est maigre. Cette déduction de trois pouces sur l'épaisseur de la femme entre les deux points assignés suffit encore, si l'embonpoint est médiocre, & même au-dessus de ce terme; parce qu'alors on affaisse les graisses du mont de Vénus par une pression convenable.

Pour mesurer ainsi le bassin, on se servira d'un compas d'épaisseur, dont les

pointes formeront des boutons lenticulaires (*a*).

Exemple : quand on trouve ſept pouces d'épaiſſeur ſur une femme maigre & d'une ſtature ordinaire, on peut aſſurer que le diamètre qui ſe meſure du pubis à la baſe du ſacrum eſt d'environ quatre pouces : l'erreur ne peut être, dans aucun cas, au-deſſus de deux lignes.

On peut auſſi meſurer ce diamètre au moyen d'une autre eſpèce de compas qui ſe développe en dedans du baſſin ; mais l'application de cet inſtrument eſt difficile & douloureuſe, & le réſultat ne ſauroit en être plus certain que celui du compas d'épaiſſeur bien appliqué.

On peut encore déterminer la longueur de ce même diamètre avec le doigt index introduit dans le vagin. On en avance l'extrémité juſqu'à la ſaillie du ſacrum, près la jonction de cet os avec la dernière vertèbre lombaire ; on relève alors le poignet, pour appuyer le bord radial de ce doigt contre le bord inférieur de la ſymphiſe du pubis, & l'on meſure la diſtance de ces deux points. L'étendue que parcourt ce doigt depuis la ſaillie du ſacrum juſqu'au bas de la ſymphiſe du pubis, eſt

(*a*) Nous en avons fait conſtruire un ſur lequel il ſe trouve une échelle ponctuée de l'étendue de neuf pouces.

ordinairement de six lignes plus grande que le diamètre du détroit supérieur (*a*).

On ne peut mesurer de même, ni le diamètre transversal, ni les diamètres obliques du détroit supérieur; mais on se rappellera que c'est presque toujours celui qui va du pubis au sacrum qui est vicié, & dont il importe le plus de connoître la longueur.

D. *Comment peut-on apprécier l'étendue des diamètres du détroit inférieur?*

R. On peut mesurer la distance de la pointe du coccix au bord inférieur de la symphise du pubis avec assez d'exactitude, pour ne pas commettre de faute capitale: mais on ne doit pas s'attendre à une grande précision. Pour mesurer cette distance, on introduira le doigt indicateur dans le vagin jusqu'à la pointe du coccix, en le tenant d'ailleurs appuyé contre le bord inférieur de la symphise du pubis; & on verra, après l'avoir retiré, à quelle profondeur on l'avoit porté. On peut en juger encore, au moyen de deux doigts appliqués extérieurement sur l'extrémité du coccix, & sous la commissure antérieure des grandes lèvres.

(*a*) Il ne peut encore se trouver qu'une ou deux lignes d'erreur dans le résultat de ce procédé, quand on a les connoissances requises pour le bien exécuter.

Pour apprécier, autant que cela se peut, l'écartement des tubérosités ischiatiques, ou le petit diamètre du détroit inférieur, on fera ployer les jambes & les cuisses de la femme, & on palpera extérieurement, au moyen de deux doigts de l'une ou l'autre main, jusqu'à ce qu'on sente distinctement les tubérosités dont il s'agit, à travers les parties molles dont elles sont recouvertes. Après les avoir bien reconnues, on observera quel est l'écartement des doigts qui les touchent ainsi. Cette estimation est difficile, & ne sauroit se faire plus sûrement en introduisant le doigt dans le vagin.

D. *Comment peut-on juger des dimensions de l'excavation du bassin ?*

R. On peut estimer sa profondeur de devant en arrière, comme on mesure le diamètre de ses détroits ; mais cette partie du bassin mérite peu d'attention, quand on est certain de la bonne ou mauvaise conformation du reste.

D. *Les divers procédés que vous venez de décrire pour mesurer le bassin, peuvent-ils se mettre en pratique dans tous les cas ?*

R. Non : on ne peut les mettre tous en pratique sur la même femme que dans le temps du travail de l'accouchement : hors ce temps, on ne peut, ou l'on ne doit pas se servir des espèces de compas qui se développent dans le bassin ; parce qu'il

pourroit en résulter des inconvéniens, indépendamment de la difficulté qu'on éprouveroit à les diriger convenablement, & des douleurs qui seroient inséparables de leur usage.

On doit peut-être éviter avec le même soin l'intromission du doigt, quand la personne qu'on examine est encore dans l'état de virginité. On se bornera, dans ce cas, à l'application des mains sur l'extérieur du bassin, & à celle du compas d'épaisseur.

ARTICLE II.

Des parties molles qui ont rapport à la génération, à la grossesse & à l'accouchement.

SECTION PREMIÈRE.

Des parties externes.

D. SOUS *quel nom désigne-t-on les parties externes qui servent à la génération?*

R. On désigne ces parties sous le nom de *honteuses*, mais chacune d'elles est connue sous une dénomination particulière; telle que le mont de Vénus, les grandes lèvres, les petites lèvres ou les nymphes;

le clitoris, le méat urinaire, l'orifice du vagin, l'hymen, les caroncules myrthiformes, la fourchette & la foſſe naviculaire : nous y ajouterons le périnée, pour avoir occaſion d'en dire un mot.

D. *Qu'eſt-ce que le mont de Vénus ?*

R. On donne ce nom à cette élévation ou éminence qui ſe remarque au-devant des os pubis, & qui ſe recouvre de poils à l'âge de puberté.

Cette élévation eſt plus ou moins grande, ſelon que les os pubis ſont plus arqués ou plus applatis, & que la femme a plus ou moins d'embonpoint.

D. *Quelles ſont les parties auxquelles on donne le nom de grandes lèvres ?*

R. Ce ſont deux replis de la peau qui ſemblent prendre naiſſance du bas du mont de Vénus, & ſe portent parallélement en arrière pour ſe réunir à un pouce ou environ au-devant de l'anus. Elles forment les bords d'une eſpèce de fente ou de cavité appellée *vulve*.

Les grandes lèvres préſentent deux faces, l'une externe, qui ſe couvre de quelques poils à l'âge de puberté, & ne diffère d'ailleurs en rien des tégumens ordinaires ; l'autre interne, rougeâtre chez les jeunes filles, & plus pâle chez les femmes qui ont eu des enfans, eſt formée d'une peau très-mince, ſemblable à celle de l'intérieur des lèvres de la bouche.

La réunion des grandes levres, tant en devant qu'en arrière, se nomme *commissure.*

On trouve dans l'épaisseur de ces parties du tissu cellulaire, un peu de graisse, des vaisseaux & des glandes.

D. *Quelles sont les parties qu'on désigne sous le nom de petites lèvres, ou nymphes?*

R. Ce sont deux replis de la membrane interne des grandes lèvres, assez ressemblans aux crêtes qui pendent sous le gosier de certaines poules, tant par leur grandeur que par leur couleur. Elles sont d'un rouge plus vif chez les jeunes femmes que chez celles qui sont mariées depuis long-temps, & qui ont eu des enfans. Elles sont, comme les grandes lèvres, plus fermes chez les premières que chez les autres.

Les nymphes, le plus souvent au terme de la naissance, excèdent le bord des grandes lèvres; mais dans la suite on ne peut les découvrir, qu'en écartant celles-ci.

Elles sont plus rapprochées à leur extrémité supérieure qu'en bas, où elles paroissent médiocrement écartées.

Elles contiennent dans leur épaisseur peu de tissu cellulaire, beaucoup de vaisseaux, de filets de nerfs, & de petites glandes.

Elles sont d'une sensibilité plus exquise que les grandes lèvres. Leur usage est de

diriger le cours des urines à leur sortie du canal de l'urètre ; & de contribuer un peu à la dilatation de la vulve & de l'entrée du vagin lors de l'accouchement.

D. *Qu'est-ce que le clitoris ?*

R. On donne ce nom à une espèce de caroncule d'un rouge pâle, qui se voit au-dessus des nymphes & au-dessous de la réunion antérieure des grandes lèvres. Cette espèce de verrue, ou de caroncule, enveloppée d'un repli de la membrane interne des grandes lèvres qu'on appelle *prépuce*, ne forme que l'extrémité du clitoris. Le clitoris est un corps cylindrique un peu plus gros qu'une plume à écrire, & long de six à huit lignes. Il est formé de la réunion de deux autres corps également cylindriques, appellés corps *caverneux*. Ceux-ci sont attachés au bord antérieur de la branche de l'un & l'autre os pubis, & se joignent au-devant du bord inférieur de la symphise de ces mêmes os.

Le clitoris n'a cependant pas la même longueur ni la même grosseur chez toutes les femmes. Quelquefois il égale le petit doigt, & d'autres fois il est de beaucoup plus long & plus gros. On a souvent pris les femmes chez qui se trouve cette conformation pour des hermaphrodites, c'est-à-dire, pour des individus qui participoient des deux sexes.

Le clitoris a deux muſcles qui en embraſſent les racines ou corps caverneux; on les nomme *muſcles érecteurs*.

Le clitoris eſt la plus ſenſible de toutes les parties extérieures de la génération. Il ſe gonflé & ſe roidit aux moindres attouchemens voluptueux.

D. *Qu'eſt-ce que le méat urinaire?*

R. C'eſt une ouverture aſſez petite; quoiqu'un peu plus large que longue, ſituée au-deſſus de l'entrée du vagin, & dans l'écartement que les petites lèvres laiſſent entre elles. Cette ouverture, deſtinée à la ſortie des urines, eſt la fin d'un canal appellé *urètre*, qui aboutit au col de la veſſie. Ce canal, long d'un pouce ou environ, paſſe obliquement ſous la ſymphiſe du pubis dans l'état naturel; & monte quelquefois le long de cette ſymphiſe dans les derniers temps de la groſſeſſe, parce que la veſſie ſe trouve ſouvent alors au-deſſus des os pubis.

Les Sages-Femmes, quelquefois dans l'obligation de ſonder, ne doivent pas perdre de vue ce que nous venons de dire ſur la ſituation du méat urinaire & la direction du canal de l'urètre.

D. *Qu'eſt-ce que l'orifice du vagin?*

R. C'eſt une ouverture ſituée au-deſſous du méat urinaire, & au-devant de la réunion poſtérieure des grandes lèvres, qu'il faut écarter ſi on veut la découvrir

aisément. L'orifice du vagin est assez étroit chez les jeunes femmes, & plus large chez celles qui ont eu des enfans : il est comme bordé inférieurement par un demi-cercle membraneux chez les vierges, & l'on y remarque chez les autres plusieurs petites appendices très-courtes qui ne paroissent qu'autant de lambeaux de ce demi-cercle membraneux.

D. *Qu'est-ce que l'hymen ?*

R. C'est le repli membraneux, de forme demi-circulaire, dont nous venons de parler, placé au-devant & au bas de l'orifice du vagin, qu'il rétrecit plus ou moins.

Cette membrane forme quelquefois un cercle entier, au lieu d'un croissant, & présente alors, dans son milieu, une ouverture pour le passage du sang menstruel. D'autres fois elle recouvre complétement l'entrée du vagin, & ne laisse aucune issue au sang dont il s'agit ; la femme est alors imperforée, & elle peut ignorer cette conformation jusqu'à l'âge de puberté : mais à cette époque il se développe des accidens qui ont fait plus d'une fois suspecter de grossesse, la femme la moins disposée à devenir grosse. On ne peut remédier alors à ces accidens qu'en incisant l'hymen, & en donnant issue au sang retenu dans le vagin & dans la matrice.

Ce n'est pas toujours l'hymen qui met obstacle à l'évacuation du sang des règles,

on a plus d'une fois trouvé des cloisons membraneuses dans le vagin, qui produisoient les mêmes effets; d'autres fois une membrane qui voiloit & bouchoit l'orifice de la matrice.

L'existence de l'hymen passe généralement pour le signe physique de la virginité; mais il n'en offre pas une preuve plus certaine, que les débris de cette membrane n'indiquent l'état contraire. L'hymen peut exister, quoique la femme ait souffert les approches d'un homme, même quoiqu'elle soit enceinte; & cette membrane a pu être détruite par des causes qui ne donnent aucune atteinte à cette vertu morale, connue sous le nom de *virginité*.

D. *Quelles sont les parties qu'on appelle caroncules* myrthiformes?

R. Ces caroncules sont des espèces de crêtes ou appendices très-petites, qui se remarquent au bord inférieur de l'orifice du vagin, & qu'on regarde comme autant de lambeaux de la membrane hymen déchirée dans l'acte vénérien. Ces caroncules sont au nombre de trois pour l'ordinaire.

D. *A quelle partie donne-t-on le nom de* frein, *ou de* fourchette?

R. On donne ce nom à un repli semilunaire de la membrane interne des grandes lèvres, situé au bas de l'orifice du vagin, au-devant & un peu au-dessous de l'hymen,

Ce repli se déchire presque toujours lors du premier accouchement, malgré les soins qu'on apporte à le conserver; mais cette déchirure n'a rien de désagréable, quand elle ne se prolonge pas fort au loin sur le périnée.

D. *Qu'est-ce que la fosse naviculaire?*

R. C'est un enfoncement en forme de petite nacelle située transversalement derrière le frein ou la fourchette, & au-devant de l'hymen. Cette fosse ne peut être telle, qu'autant que le frein est entier.

D. *Que désigne-t-on sous le nom de périnée?*

R. Le périnée est l'espace qui s'étend depuis le bas de la vulve jusqu'à l'anus. Sa longueur est de quatorze à quinze lignes, même plus. Cette espèce de pont est formé par la paroi postérieure & inférieure du vagin, par des muscles très-minces, & la peau.

Le périnée s'élargit beaucoup dans tous les sens, quand la tête de l'enfant fait effort pour sortir, & trop souvent, il se déchire à l'instant où elle traverse la vulve. Presque toujours cette déchirure se borne au milieu de sa longueur, & quelquefois elle s'étend jusqu'à l'anus, de sorte que cette ouverture & la vulve ne paroissent en former qu'une. C'est cette grande déchirure que l'Accoucheur doit s'efforcer de

prévenir, parce que les ſuites en ſont au moins très-déſagréables pour la femme, ſi elles ne deviennent fâcheuſes.

SECTION II.

Des parties molles internes.

D. *QUELLES ſont les parties internes de la génération ?*

R. Ce ſont la matrice & ſes ligamens, les trompes, les ovaires & le vagin.

D. *Qu'eſt-ce que la matrice ?*

R. La matrice eſt un viſcère creux, charnu, membraneux & vaſculeux. Elle eſt ſituée dans le petit baſſin, entre la veſſie & l'inteſtin rectum, de manière que ſon fond eſt en haut & ſon orifice en bas.

D. *Quelle eſt la forme naturelle de la matrice, quel en eſt le volume, & que doit-on y conſidérer extérieurement ?*

R. La forme naturelle de la matrice eſt aſſez ſemblable à celle d'une poire un peu applatie ſelon ſon épaiſſeur, & plus longue que large.

Son volume eſt tel, qu'elle a deux pouces & demi au moins de longueur, dix-huit à vingt lignes dans ſa plus grande largeur, & huit à dix lignes d'épaiſſeur.

On diviſe la matrice en fond, en corps & en col. Le fond en eſt la partie ſupé-

rieure, le corps la partie moyenne & le col la partie inférieure. Ce dernier forme dans le vagin, une ſaillie longue de pluſieurs lignes, & préſente une ouverture que nous décrirons ci-après.

On conſidère à la matrice extérieurement, 1°. deux faces légérement arrondies, dont l'une regarde la veſſie, & l'autre l'inteſtin rectum; la première eſt la face antérieure, & l'autre la face poſtérieure; 2°. trois bords, ſavoir un ſupérieur qui eſt le fond de la matrice, & deux latéraux qui forment les côtés de ce viſcère; 3°. trois angles, dont deux ſupérieurs, deſquels paroiſſent ſortir les trompes de Fallope, & un troiſième qui termine le col inférieurement, c'eſt le muſeau de tanche.

D. *Quelle eſt la grandeur reſpective du fond, du corps & du col de la matrice?*

R. Le fond eſt la plus petite de ces trois parties de la matrice dans l'état naturel; il comprend ſeulement ce qui ſe trouve au-deſſus de l'inſertion des trompes de Fallope. Le corps en eſt la partie la plus conſidérable; c'eſt celle qui offre le plus de longueur, le plus de largeur & le plus d'épaiſſeur. Le col en eſt la partie la plus étroite; la moitié de ſa longueur ſe remarque dans le fond du vagin, & y forme cette ſaillie que nous avons annoncée ſous le nom de *muſeau de tanche.*

D. *Pourquoi a-t-on désigné cette partie du col de la matrice sous le nom de* museau de tanche ?

On l'a nommée ainsi par rapport à la ressemblance qu'on a cru lui trouver avec le museau d'un poisson appellé *tanche*.

Cette partie du col de la matrice chez les femmes qui n'ont point eu d'enfans, & qui sont dans l'état le plus naturel à cet égard, forme une espèce de mammelon de la longueur de quatre à six lignes, un peu applati de devant en arrière, & à l'extrémité duquel se remarque une ouverture transversale, longue de plusieurs lignes & si étroite qu'on a peine à la distinguer en touchant du bout du doigt. Cette ouverture est l'orifice externe de la matrice ; sa lèvre antérieure est un peu plus épaisse & plus alongée que sa lèvre postérieure.

D. *La forme du museau de tanche & de son orifice est-elle la même chez toutes les femmes ?*

R. Elle est constamment la même chez toutes celles qui n'ont pas eu d'enfans, qui ne se sont pas livrées avec excès à l'acte vénérien, & qui n'ont eu aucune maladie dans cette partie ; mais on ne voit que trop souvent la forme du museau de tanche altérée par l'une de ces causes. Chez les femmes qui ont eu plusieurs enfans, même un seul, le museau de tanche

paroît plus gros, plus arrondi & plus court; ſon orifice eſt plus large, plus irrégulier, & preſque toujours comme découpé & échancré dans ſon bord, mais tantôt d'un côté, & tantôt de l'autre. Ces changemens ne ſont pas excluſivement la ſuite de l'accouchement; & le Praticien qui aſſureroit qu'ils ne peuvent dépendre que de cette cauſe, s'expoſeroit à compromettre la réputation, & même la vie de certaines femmes (*a*).

D. *Quelle eſt la ſtructure ou la compoſition de la matrice?*

R. La matrice eſt d'une ſtructure difficile à déterminer hors le temps de groſſeſſe. On ne peut alors juger ni de la nature de ſes fibres, ni de leur arrangement, ni de leur entrelacement. On remarque ſeulement qu'elles ſont plus molles, plus rougeâtres & moins ſerrées dans le corps de ce viſcère, que dans ſon col, où elles ſont plus denſes & plus pâles.

(*a*) L'Accoucheur chargé, quelquefois juridiquement, d'examiner une femme accuſée d'infanticide ou de ſuppreſſion de part, & de déterminer ſi elle eſt véritablement accouchée ou non, s'expoſeroit à faire un faux jugement, & à compromettre la vie de l'accuſée, s'il ne prononçoit affirmativement que d'après les altérations du col de la matrice, excluſivement à tous les autres ſignes.

Dans le cours de la grossesse, toutes ces fibres se développent, deviennent plus longues, plus épaisses, plus souples, & prennent par-tout le caractère de la fibre charnue. Elles paroissent former alors différentes lames étroitement appliquées les unes sur les autres, & liées entre elles par des fibres de traverses, de manière qu'il est impossible de les séparer sans couper ou déchirer beaucoup de ces fibres.

Les fibres de ces diverses lames ne suivent pas la même direction. Les plus extérieures semblent descendre du milieu du fond de la matrice au bord de son orifice, & celles des plans intérieurs croisent ces premières en divers sens.

Dans l'épaisseur de ce tissu se trouve un grand nombre de vaisseaux de toutes espèces, & des petites glandes qui filtrent une partie de l'humeur dont la cavité de la matrice est toujours enduite.

Les vaisseaux sanguins viennent de plusieurs sources. Les artères sont produites, 1°. par les spermatiques qui naissent de l'aorte inférieure; 2°. par les honteuses communes qui viennent des iliaques internes ou hypogastriques. Les veines qui accompagnent ces artères vont se rendre dans la veine-cave inférieure par des troncs connus sous les mêmes noms que ces artères. Tous ces vaisseaux, dans l'état habituel, suivent un cours très-tortueux, & paroissent

repliés sur eux-mêmes de mille manières différentes. Mais ils se développent dans la grossesse, & ne décrivent à la fin de celle-ci que des courbures très-alongées.

On trouve une autre espèce de vaisseaux sanguins dans la substance de la matrice, qu'on nomme *sinus utérins*. Des artères très-déliées viennent s'y terminer, & des veines assez grosses paroissent en prendre naissance. Ces sinus s'ouvrent dans la cavité même de la matrice, par autant d'orifices assez remarquables, dans le temps des règles sur-tout ; & plus remarquables encore après l'accouchement, car on en trouve alors de très-larges à l'endroit où étoit attaché le placenta.

Les vaisseaux lymphatiques de la matrice ne sont pas moins nombreux que les vaisseaux sanguins ; mais les nerfs, beaucoup plus petits, n'y paroissent pas distribués avec autant de profusion. Ces nerfs viennent des spermatiques, des plexus sacrés & hypogastriques.

La matrice est recouverte extérieurement par le péritoine (*a*), qui forme ses principaux ligamens, & qui lui est intimément adhérent, excepté sur les côtés & au-dessous des trompes. La cavité de la matrice est tapissée d'une autre membrane

(*a*) Le péritoine est une membrane qui tapisse toute la cavité du ventre.

beaucoup plus mince, & percée de nombre de trous.

D. *Indiquez-nous quelle est l'épaisseur des parois de la matrice.*

R. Cette épaisseur est d'environ quatre lignes vers le milieu du corps de la matrice, & un peu moindre dans les autres parties.

D. *Quelle est la forme & l'étendue de la cavité de la matrice, & qu'y trouve-t-on de remarquable?*

R. La cavité de la matrice peut être divisée en deux parties; 1°. en celle qui appartient au corps de ce viscère; 2°. en celle qui appartient au col. La première a une figure triangulaire, & la seconde est à-peu-près ovalaire. L'accouchement, pour l'ordinaire, altère la forme naturelle de la cavité du col de la matrice; & chez la plupart des femmes qui ont eu des enfans, elle ressemble à un entonnoir, dont la pointe seroit en haut & le pavillon vers le vagin.

L'étendue de la cavité du corps de la matrice est telle, qu'elle contiendroit difficilement une grosse fêve de marais. On y remarque supérieurement, de chaque côté, une ouverture très-étroite qui forme l'entrée de la trompe; & une troisième en bas, & un peu plus large, qu'on appelle *orifice interne* de la matrice. On y trouve d'ailleurs un grand nombre d'autres ouvertures

beaucoup plus petites, répandues par-tout, & dont les plus remarquables appartiennent au sinus dont nous avons parlé.

Indépendamment de pareilles ouvertures, on remarque dans la cavité du col, des rugosités ou replis formés par le tissu même de la matrice & la membrane qui la recouvre intérieurement (*a*).

D. *Quels sont les ligamens de la matrice?*

R. Ces ligamens sont au nombre de quatre principaux; savoir, deux qu'on appelle *ligamens larges*, & deux autres connus sous le nom de *ligamens ronds.*

Les ligamens larges sont des replis du péritoine qui s'étendent de la matrice aux parties latérales du bassin, & qui forment eux-mêmes supérieurement deux autres replis placés l'un au-devant de l'autre, qu'on appelle *aîlerons :* l'un de ces aîlerons enveloppe la trompe de Fallope, & l'autre l'ovaire.

Les ligamens ronds naissent des parties supérieures & latérales de la matrice, au-devant & un peu au-dessous de l'origine des trompes : ils descendent d'abord entre les deux lames des ligamens larges, & se recourbent ensuite en montant vers les

(*a*) La matrice, chez certaines femmes, s'est trouvée double; & chez d'autres sa cavité étoit divisée par une cloison longitudinale qui s'étendoit depuis le col de ce viscère jusqu'à son fond.

os pubis, pour sortir du ventre par les anneaux inguinaux, & aller se perdre au pli des aînes, en se divisant en plusieurs branches, & formant une espèce de patte d'oie.

Les ligamens ronds ne sont pas, comme les autres, de simples replis du péritoine, mais des espèces de cordons formés de fibres qui paroissent charnues, ainsi que de quelques vaisseaux sanguins & de quelques filets de nerfs. On remarque encore quatre replis du péritoine en forme de croissant, qui passent pour autant de ligamens de la matrice. Deux de ces replis semblent descendre des parties latérales & antérieures de la matrice vers la vessie, & les autres, de ses parties latérales & postérieures vers l'intestin rectum.

D. *Faites-nous la description des trompes de Fallope.*

R. Les trompes de Fallope sont deux conduits, un de chaque côté, qui s'élèvent des parties latérales & supérieures de la matrice, & qui se portent vers les côtés du bassin, où ils se terminent par une ouverture assez large, dont le bord est découpé & comme frangé : cette ouverture se nomme le *pavillon de la trompe*, & le bord frangé, *le morceau du diable*. Une des franges est attachée à l'ovaire, & les autres sont flottantes. La longueur des trompes est de quatre à cinq travers

de

de doigts; leur direction eſt un peu tortueuſe, & l'on obſerve qu'après s'être élargies graduellement en s'éloignant de la matrice, elles ſe rétreciſſent un peu, pour ſe dilater de nouveau, & former le pavillon.

Les trompes ſont d'un tiſſu fibreux de la même nature que celui de la matrice, & elles ſont enveloppées dans l'aîleron antérieur des ligamens larges.

D. *Faites-nous la deſcription des ovaires.*

R. Les ovaires ſont deux corps glanduleux, ou qui paroiſſent tels; du volume d'une groſſe fêve de marais; placés dans l'aîleron poſtérieur des ligamens larges, & à quelque diſtance de la matrice, à laquelle ils ſont attachés par ce même aîleron.

Ces corps ſont un peu boſſelés extérieurement, & remplis intérieurement d'un nombre indéterminé de petites veſſies pleines de liqueur, qu'on regarde comme autant d'œufs, & dont la groſſeur n'excède pas celle d'un grain de chenevi. Ces œufs, vrais ou préſumés tels, n'attendent que leur fécondation pour ſe détacher, & être portés dans la matrice au moyen de l'une des trompes.

Selon quelques auteurs, les ovaires ne ſont que des organes deſtinés à ſéparer une liqueur ſemblable à celle que préparent les teſticules de l'homme; mais ce

ſentiment a peu de partiſans aujourd'hui, tandis que celui des œufs eſt généralement admis.

D. *Qu'eſt-ce que le vagin ?*

R. C'eſt un canal membraneux de la longueur de pluſieurs pouces, qui s'étend depuis le milieu du col de la matrice, auquel il s'unit extérieurement, juſqu'au bas de la vulve. Le vagin paroît compoſé de deux membranes, dont l'interne très-épaiſſe & très-élaſtique, forme une infinité de replis qui rendent le dedans de ce canal inégal & comme raboteux. Ces replis ſe développent & s'effacent dans chaque accouchement; diſparoiſſent même chez les femmes qui ont eu pluſieurs enfans, de manière que le vagin en devient plus ample, & plus liſſe intérieurement.

L'extrémité inférieure du vagin eſt entourée d'un plexus de vaiſſeaux aſſez remarquable; & de deux muſcles en forme de bandes, qui montent de la partie antérieure du ſphincter de l'anus juſqu'au clitoris, auquel ils ſe terminent: on nomme ces muſcles *conſtricteurs du vagin.* On trouve ſous ces muſcles, & dans l'épaiſſeur du plexus vaſculaire qui vient d'être décrit, deux glandes, dont le canal excréteur, long de pluſieurs lignes, va s'ouvrir ſur les côtes de l'entrée du vagin.

La ſurface interne du vagin préſente

une infinité de peties ouvertures qui fourniſſent l'humeur muqueuſe dont elle eſt enduite continuellement (*a*).

EXPLICATION
DE LA PLANCHE IV.
FIGURE I.

Cette Figure repréſente la matrice & ſes ligamens; les trompes de Fallope, les ovaires & le vagin, dans l'état naturel.

aa. La matrice vue par ſa partie poſtérieure.
b. Le fond de la matrice.
cc. Le corps de la matrice.
d. Le col de la matrice.
e. Le muſeau de tanche.
f. L'orifice externe de la matrice, ou du muſeau de tanche.
gggg. Les ligamens larges.
hhhh. Les aîlerons des ligamens larges.
ii. Les ligamens ronds de la matrice.

(*a*) Indépendamment de ce que l'hymen peut fermer l'entrée du vagin, on a vu quelquefois de pareilles cloiſons membraneuſes dans la longueur de ce canal. Il s'eſt auſſi rencontré des femmes chez leſquelles le vagin ſe terminoit dans le rectum, au lieu de s'ouvrir à l'extérieur.

KK. Les pattes d'oie formées par les ligamens ronds lorſqu'après leur ſortie du bas-ventre, ils ſe terminent au pli des aînes.

LL. Les trompes de Fallope.

MM. Le pavillon des trompes & leur bord frangé.

NN. La frange du pavillon qui eſt attachée à l'ovaire.

OO. Les ovaires.

PP. Le vagin, ouvert ſelon ſa longueur, dans ſa partie poſtérieure.

qqqq. Les replis ou rugoſités formés par la membrane interne du vagin.

FIGURE II.

Cette Figure repréſente la matrice ouverte dans ſa partie antérieure, pour en faire voir la cavité.

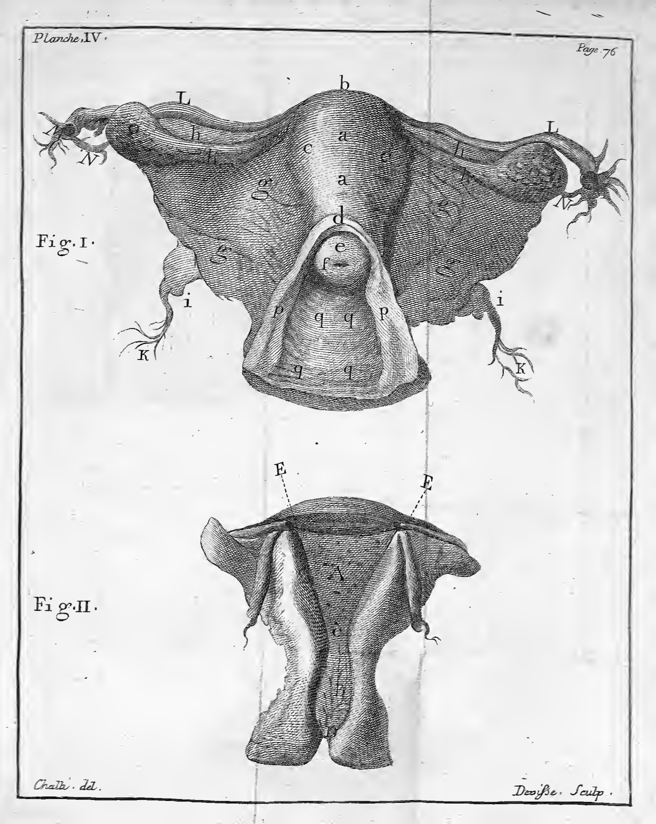
A. La cavité du corps de la matrice.

B. La cavité du col de la matrice.

C. L'orifice interne de la matrice.

D. L'orifice externe.

EE. L'orifice des trompes de Fallope.


Fig. I.
L
b
a
c
a
g
d
e
f
h
N
i
K
p
q
Fig. II.
E
E
Chalr. del.
Desse. Sculp.

SECTION III.

De la matrice conſidérée dans l'état de groſſeſſe.

D. QUELS *ſont les changemens que la matrice éprouve dans le temps de la groſſeſſe?*

R. Les changemens que la matrice éprouve dans les premiers jours de la groſſeſſe ne peuvent être appréciés ; mais après ce temps, le toucher nous fait aſſez bien connoître ceux qui s'opèrent, tant dans la forme que dans le volume de ce viſcère. Nous obſervons que le corps de la matrice ſe développe & s'arrondit, de manière que le fond s'élève graduellement juſqu'au-deſſus de l'ombilic dans les ſix premiers mois ; & continue de le faire dans le ſeptième & le huitième, au point que vers la fin de ce dernier il touche preſque au cartilage xiphoïde. Au lieu de s'élever davantage encore pendant le neuvième mois, il ſemble deſcendre ; & le ventre paroît plus bas aux approches de l'accouchement.

Après le ſixième mois, le col de la matrice commence à ſe développer ; il s'épaiſſit d'abord vers ſa baſe, & diminue de longueur inſenſiblement, juſqu'à ce qu'il ſoit complétement effacé ; l'orifice

alors se dilate assez pour admettre le doigt.

L'époque où l'orifice de la matrice commence à s'ouvrir n'est cependant pas la même chez toutes les femmes; quelquefois il est assez ouvert pour recevoir le doigt dès le huitième mois, & même plutôt, sur-tout chez les femmes qui ont eu déjà des enfans.

La matrice, dans les derniers temps de la grossesse, paroît avoir dix à douze pouces de longueur sur sept à huit de largeur dans le milieu de son corps. Cette augmentation d'étendue s'opère sans que l'épaisseur de ses parois diminue considérablement.

D. *La matrice éprouve-t-elle quelques déplacemens dans le cours de la grossesse?*

R. Il est assez ordinaire de la trouver plus basse dans les deux premiers mois; mais par la suite son orifice s'éloigne de l'extérieur à mesure qu'elle s'élève dans le bas-ventre, & presque toujours son fond se porte vers l'un ou l'autre côté de cette cavité, ou se déjette en devant au-dessus des os pubis. On nomme ces déplacemens *obliquité*. Voyez l'art. *obliquité*.

D. *De quelle action la matrice est-elle susceptible?*

R. La matrice est douée de la faculté de revenir sur elle-même, de se resserrer, & de se réduire à un très-petit volume, lorsque les substances qui l'avoient forcée

de ſe dilater en ſont ſorties ; cette faculté ſe nomme *action tonique.*

La matrice eſt capable d'une autre action beaucoup plus forte, qu'on appelle *contraction.* C'eſt au moyen de celle-ci qu'elle expulſe l'enfant & le délivre. Cette contraction ne dure qu'un inſtant, enſuite elle ceſſe, & recommence après un intervalle de quelques minutes, pour reprendre ainſi juſqu'à ce que l'accouchement ſoit terminé. (*Voyez* l'art. *douleur de l'accouchement*).

D. *Quel eſt l'état de la matrice après l'accouchement ?*

R. La matrice ſe reſſerrant & diminuant de capacité à meſure que l'enfant s'en dégage, ſe trouve réduite, immédiatement après l'accouchement, à un volume tel que ſon fond eſt plus bas que l'ombilic. Elle perd encore de ſon étendue par la ſortie du placenta, & n'excède guère la groſſeur du poing après la délivrance. Réduite à ce terme, elle ne tarde pas à ſe tuméfier un peu de nouveau, par rapport à l'engorgement de ſes parois, pour diminuer inſenſiblement enſuite, & revenir lentement à ſon état naturel.

D. *La matrice ſe reſſerre-t-elle auſſi promptement que vous l'annoncez, après la ſortie de l'enfant, chez toutes les femmes ?*

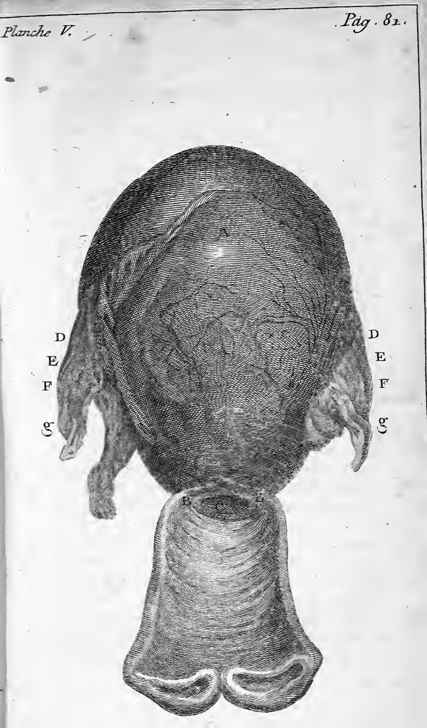
R. Non : il arrive quelquefois qu'elle ne ſe reſſerre pas dans les proportions ci-

deſſus, ſoit parce que ſes facultés ſe trouvent affoiblies, ſoit parce qu'elle ſe délivre trop promptement de l'enfant, & que ſes parois tombent dans une eſpèce d'affaiſſement & de relâchement. Au lieu de ſe contracter & de ſe durcir, comme dans le cas précédent, elle reſte ſouple & flaſque au toucher; de manière qu'on a peine à la diſtinguer & à la reconnoître. On a coutume d'exprimer cet état de foibleſſe & de relâchement par le mot *atonie*, ou *inertie*. Cet état peut avoir des ſuites fâcheuſes, comme on le verra ci-après. (*Voyez* l'art. *délivrance....*)

EXPLICATION
DE LA PLANCHE V.

Cette Figure repréſente la forme extérieure de la matrice dans le neuvième mois de la groſſeſſe.

AA. Le corps de la matrice.
BB. Le col de la matrice.
C. L'orifice externe.
DDDD. Les ligamens larges.
EEEE. Les ligamens ronds.
FFFF. Les trompes de Fallope.
GG. Les ovaires.


A
D
E
F
g
D
E
F
g
B
C
B

CHAPITRE II.

Des règles, de la fécondité, de la ſterilité & de la conception.

SECTION PREMIÈRE.

Des règles.

D. QU'ENTENDEZ-VOUS *par règles ?*

R. On déſigne ſous ce nom, l'évacuation de ſang qui ſe fait périodiquement par le vagin, depuis l'âge de douze à quatorze ans jufqu'à celui de quarante-cinq à cinquante. On ſubſtitue ſouvent à cette dénomination celle de *mois*, de *flux lunaire*, de *flux menſtruel*, d'*ordinaires*, &c.

D. *Les règles commencent-elles toujours à l'âge que vous venez d'aſſigner, & ceſſent-elles de même à celui de quarante-cinq à cinquante ans ?*

R. Non : nous avons indiqué l'époque la plus ordinaire, tant pour la première apparition des règles, que pour leur ſuppreſſion abſolue ; mais elles paroiſſent quelquefois beaucoup plutôt, quelquefois plus tard, & finiſſent de même. On a vu des enfans à peine ſortis du berceau

éprouver cette évacuation ; & des femmes y être sujettes jusques dans l'extrême vieillesse.

D. *Toutes les femmes sont-elles réglées ?*

R. Il en est bien peu qui ne le soient pas ; & il n'est pas rare que chez ces femmes une évacuation quelconque, telle qu'un saignement de nez, un flux hémorrhoïdal ou une diarrhée, ne remplace périodiquement les règles. On regarde ces femmes comme inhabiles à la génération, & le vulgaire les appelle *bréhaines*.

D. *D'où provient le sang des règles ?*

R. Ce sang transude de la surface interne de la matrice par les ouvertures nombreuses, que nous avons regardées comme les orifices des sinus utérins ; & dans l'opinion de quelques auteurs, il découle immédiatement des artères ou des veines de la matrice. Les vaisseaux du vagin, & ceux du museau de tanche, en fournissent peut-être une partie.

D. *Quelle est la qualité du sang de règles ?*

R. Chez une femme saine, le sang des règles est pur, comme celui qu'on tireroit d'une veine du bras dans le même temps : il n'a aucune des mauvaises qualités que des auteurs lui ont assignées ; comme de faire tourner à l'aigre les liqueurs en fermentation, ou les boissons fermentées, d'exciter la pourriture des viandes, de ronger le fer, &c.

Si on le trouve quelquefois altéré, & d'une odeur fétide, &c. il faut l'attribuer à la mauvaise santé de la femme, à l'altération de ses humeurs, à quelques maladies des voies utérines, ou à ce que ces femmes négligent, dans le temps des règles, les soins que demande la propreté.

D. *Les règles reparoissent-elles souvent chez la même femme, & de combien de temps est leur durée ?*

R. La plupart des femmes n'éprouvent cette évacuation qu'une fois le mois ; il en est quelques-unes qui sont réglées tous les quinze à vingt jours, & d'autres on ne peut plus rarement.

La durée de cette évacuation est de quatre à six jours, & de huit à l'égard de certaines femmes. Nous ajouterons que chez d'autres les règles n'ont lieu que pendant un jour, & même moins.

D. *Quelle est la quantité du sang qui s'écoule pendant ce temps ?*

R. On ne peut trop l'apprécier : mais cette quantité, qu'on estime de trois à quatre onces, diffère selon la constitution de la femme, sa manière de vivre, le climat qu'elle habite, &c. Les femmes d'une constitution sanguine perdent en général plus que les autres ; celles qui habitent les villes, & qui vivent dans l'aisance, perdent davantage que celles de la campagne, qui font plus d'exercice, & se

nourriſſent d'alimens groſſiers & peu ſucculens.

D. *Les femmes enceintes ſont-elles réglées ?*

R. Non : cette évacuation ſe ſupprime pendant la groſſeſſe, & ne reparoît, le plus ſouvent, que ſix ſemaines ou deux mois après l'accouchement, même plus tard, chez les femmes qui n'allaitent pas leurs enfans. Il s'en trouve néanmoins qui ſont réglées une ou deux fois dans le commencement de la groſſeſſe ; quelques-unes qui le ſont juſqu'à un terme plus avancé, & bien peu chez qui cette évacuation ſe ſoutient périodiquement juſqu'au moment de l'accouchement.

D. *D'où provient le ſang des règles pendant la groſſeſſe ?*

R. Il ne peut provenir de la ſurface interne de la matrice, comme chez les femmes qui ne ſont pas enceintes, puiſque le produit de la conception remplit la cavité de ce viſcère, & y eſt adhérent de toutes parts. On préſume, avec raiſon, que ce ſang n'eſt produit que par les vaiſſeaux du col de la matrice, & peut-être par quelques-uns du vagin : auſſi a-t-on obſervé que les règles étoient alors moins abondantes, & que le ſang en étoit plus ſéreux.

D. *Peut-on aſſurer qu'une femme eſt réglée parce qu'elle perd du ſang de temps à autre pendant la groſſeſſe ?*

R. Non : pour qu'une femme ſoit réglée, il faut que l'évacuation dont il s'agit vienne périodiquement, comme avant la groſſeſſe, & aux mêmes époques. Les femmes qui ne voient du ſang qu'à des intervalles irréguliers, ſont dans un état de perte ; & preſque toujours ce ſang vient de ce qu'une portion du placenta s'eſt détachée de la matrice.

D. *Eſt-il bien important de diſtinguer les règles d'avec la perte ?*

R. Cette diſtinction ſeroit utile en certains cas ; mais elle eſt quelquefois bien difficile. Elle ſeroit utile, en ce que les règles, qui ſont une évacuation naturelle, ne peuvent influer auſſi défavorablement ſur la groſſeſſe, qu'une perte qui proviendroit du détachement d'une portion de placenta.

Les règles peu abondantes alors s'arrêtent d'elles-mêmes, & durent peu de temps ; elles ſoulagent la femme, au lieu de l'affoiblir ; mais il n'en eſt pas de même de la perte, qui peut augmenter, ſi l'on ne prend les précautions convenables, & être ſuivie de fauſſes-couches ou d'accouchement prématuré.

D. *Comment peut on diſtinguer ces deux eſpèces d'évacuations ?*

R. Voici quelques obſervations qui peuvent avoir leur utilité en pareilles circon-

ſtances. Les règles paroiſſent au temps marqué comme avant la groſſeſſe ; le ſang coule en petite quantité, il eſt plus fluide, plus pâle, & ſe coagule difficilement ; cette évacuation n'eſt précédée d'aucune cauſe remarquable, à laquelle on puiſſe l'attribuer. La perte, au contraire, s'annonce à la ſuite de l'une de ces cauſes ; ſoit d'une chûte, d'un effort, d'une violente paſſion, ou dans un cas de pléthore exceſſive. Elle n'a point de temps marqués ; elle eſt accompagnée d'un ſentiment de peſanteur, de douleurs vers la matrice, & de défaillances. Le ſang en eſt plus épais, plus rouge, & ſe coagule plus aiſément : ſouvent même il ſort ſous forme de caillot.

D. *Les femmes enceintes ont-elles quelques précautions à obſerver pendant le cours des règles ?*

R. Quand cette évacuation n'eſt que médiocre, les femmes obſerveront ſeulement de ne pas faire de grands mouvemens, ni aucun excès dans le régime ; mais elles garderont le repos, elles ſe tiendront au lit, & elles feront uſage de quelques boiſſons tempérantes & acidules, ſi les règles deviennent abondantes.

Si les règles ſe renouvelloient ainſi tous les mois, il feroit à propos de les prévenir, ou de les modérer par une ſaignée du bras, faite quelques jours avant leur

apparition, lorſque la femme en éprouve les ſymptomes avant-coureurs.

D. *Que doit-on preſcrire à la femme dans le cas de perte?*

R. Lorſque la perte ne fait que s'annoncer, & qu'il coule peu de ſang, ſi elle n'a pour cauſe qu'un mouvement violent, une paſſion vive, &c. la conduite ci-deſſus eſt celle qu'il convient de garder; mais quand cet accident provient de la plénitude des vaiſſeaux qui a détruit une partie des adhérences du placenta, il faut pratiquer une ou deux ſaignées du bras ſelon les circonſtances, preſcrire le repos le plus exact, donner des boiſſons fortement acidulées, &c. on verra dans la ſuite ce qu'il faut faire dans ce cas, ſelon qu'il devient plus ou moins grave.

D. *Les femmes qui allaitent leurs enfans ſont-elles réglées comme dans l'état habituel?*

R. Il eſt rare que ces femmes ſoient ſujettes à cette évacuation périodique. Elle ne paroît chez la plupart qu'après qu'elles ont ſevré l'enfant, & chez d'autres, que vers la fin de l'allaitement, c'eſt-à-dire, après un an. Il en eſt cependant auſſi dont les règles reviennent plutôt, & l'opinion qu'on a de ces femmes eſt telle, qu'on les regarde généralement comme de mauvaiſes nourrices.

D. *Pourquoi ces femmes ne ſeroient-elles pas auſſi bonnes nourrices que les autres?*

R. 1°. C'eſt qu'une nourrice qui eſt réglée périodiquement, & dès les premiers temps, a plus de diſpoſition qu'une autre à devenir groſſe; 2°. c'eſt que le lait ſouvent s'éclaircit & diminue pendant le cours des règles; ce qui peut influer ſur la ſanté de l'enfant. Mais il eſt des femmes dont le lait ne perd aucune de ſes bonnes qualités, quoiqu'elles ſoient réglées tous les mois; s'il convient de changer l'enfant de nourrice dans le premier cas, on ne feroit nullement fondé à le faire dans le ſecond.

SECTION II.

De la fécondité & de la ſtérilité.

D. QU'EST-CE *que fécondité?*

R. La fécondité, chez la femme, eſt la faculté de concevoir.

D. *A quel âge la femme jouit-elle de cette faculté?*

R. La femme eſt en état de concevoir, & de devenir groſſe, dès qu'elle eſt bien réglée, & tant que cette évacuation menſtruelle continue; conſéquemment depuis l'âge de douze à quatorze ans juſqu'à celui de quarante-cinq à cinquante dans les climats tempérés.

D. *La femme ne peut-elle pas devenir groſſe avant la première apparition des règles, & après leur ceſſation abſolue?*

R. Quoique les règles ſoient le préſage de la fécondité, & que la plupart des femmes ne conçoivent qu'autant que cette évacuation s'eſt manifeſtée, & ſe manifeſte encore, il en eſt cependant qui ont conçu & qui ſont devenues groſſes avant d'être réglées, & d'autres pluſieurs années après la ſuppreſſion abſolue de cette évacuation.

D. *D'où provient la fécondité?*

R. Cette aptitude à concevoir ne paroît pas ſeulement une ſuite de la bonne conſtitution de la femme, de la bonne conformation des parties de la génération, de la qualité des fluides qui arroſent ces parties, & de la ſenſibilité dont elles jouiſſent; car on ne voit que trop de femmes valétudinaires, même infirmes, concevoir & devenir mères.

D. *Qu'eſt-ce que la ſtérilité?*

R. La ſtérilité eſt l'inaptitude à concevoir; c'eſt la privation de cette faculté connue ſous le nom de *fécondité.* La ſtérilité eſt, chez la femme, la même choſe que l'impuiſſance chez l'homme.

D. *Quelles ſont les cauſes de la ſtérilité?*

R. L'obturation du vagin & celle du col de la matrice ſont les ſeules cauſes qui paroiſſent devoir s'oppoſer à la conception. Les vices de conformation des parties, tant externes qu'internes, de la génération, la mauvaiſe qualité des fluides

qui vivifient toutes ces parties, & qui les arrosent; le défaut d'évacuations menstruelles, ou leur abondance; les écoulemens d'humeurs blanches qu'éprouvent habituellement certaines femmes, l'embonpoint excessif, &c. qu'on a regardés comme autant de causes de stérilité, ne peuvent passer absolument pour telles.

D. *Il n'est donc pas facile de déterminer quelle est la cause de la stérilité chez bien des femmes.*

R. Il est d'autant plus difficile de le faire, que nous en voyons souvent qui deviennent grosses, quoique affectées de plusieurs de ces maladies, de ces vices de conformation dont nous venons de parler; tandis que d'autres femmes saines, du moins en apparence, & bien conformées, ne peuvent le devenir. Combien n'en a-t-on pas vu long-temps stériles avec un premier mari, avoir des enfans avec un second; ou ne pouvoir en donner à celui-ci, quoiqu'en ayant eu plusieurs en premières noces?

D. *Ne peut-on pas remédier à la stérilité?*

R. On peut y remédier dans beaucoup de cas. Quand elle dépend de l'obturation du vagin & de celle du col de la matrice, par exemple, on la fait cesser, en ouvrant ces conduits. On guérit de même quelques-unes des maladies qui semblent devoir rendre la femme stérile, &c. mais

les procédés pour y parvenir, toujours au-dessus des lumières d'une Sage-femme, sont du ressort d'un Accoucheur instruit, ou du Médecin.

SECTION III.

De la conception & de la génération.

D. QU'EST-CE *que la conception ?*

R. On ne sauroit donner une définition bien claire de la conception. C'est l'action par laquelle se réunissent dans le sein de la femme les principes nécessaires à la formation de l'enfant & de ses dépendances.

L'arrangement & le développement de ces mêmes principes se nomme *génération.*

D. *Quels sont les principes que fournissent l'homme & la femme dans l'acte de la génération?*

R. La nature de ces principes nous est inconnue; l'Être suprême ayant couvert d'un voile impénétrable le mécanisme de la génération. Malgré le travail infatigable des plus savans Naturalistes, nous ignorons encore comment s'accomplit cette fonction, & en quoi l'homme & la femme y contribuent. Tous les systêmes établis à ce sujet se réduisent à deux principaux; l'un dans lequel on admet le mêlange d'une liqueur fournie par l'homme avec une

ſemblable qui vient de la femme ; & dans l'autre on ſuppoſe, chez la femme, des œufs qui contiennent les rudimens du fétus, & que l'homme ne fait que féconder ou vivifier.

Ce dernier ſyſtême eſt le plus généralement admis ; & le premier n'a que peu de partiſans.

D. *Dans quelle partie de la femme ſe fait la conception ?*

R. Soit qu'on admette le ſyſtême du mêlange des deux liqueurs prolifiques, ou celui des œufs, on ſera également fondé à croire que la conception ſe fait dans l'un des ovaires, puiſqu'on y a trouvé des enfans bien formés. Dans l'un de ces ſyſtêmes, l'œuf fécondé dans l'ovaire s'en détache, & en eſt exprimé par le pavillon de la trompe, qui le tranſporte dans la matrice ; où il ſe nourrit & ſe développe pendant neuf mois ou environ.

Le produit de la conception s'arrête quelquefois dans le milieu de la trompe même ; d'autres fois le pavillon de cette trompe le laiſſe échapper & tomber dans le bas-ventre, où il peut auſſi ſe développer ; ce qui conſtitue autant d'eſpèces de groſſeſſes, que nous indiquerons dans la ſuite.

D. *Le produit de la conception eſt-il toujours de la même nature ?*

R. Si l'on peut aſſurer qu'il eſt toujours de la même nature dans les premiers momens, du moins préſente-t-il quelquefois de grandes différences dans la ſuite. S'il réſulte preſque toujours de la conception un ou pluſieurs enfans avec leurs annêxes, quelquefois ce n'eſt qu'une eſpèce de maſſe fongueuſe & comme charnue, qu'on déſigne ſous le nom de *môle*, ou de *faux-germe:* de-là viennent ces dénominations, de *bonne conception* & de *fauſſe conception.*

D. *Quels ſont les ſignes qui dénotent qu'une femme vient de concevoir?*

R. Il n'en eſt pas d'après leſquels on puiſſe l'aſſurer, ſans craindre de ſe tromper. Si quelques femmes éprouvent, à l'inſtant même de la conception, des changemens remarquables dans leur manière d'être, ſoit en bien, ſoit en mal, qui les portent à croire qu'elles viennent de concevoir, le plus grand nombre n'en eſt affecté en aucune façon.



CHAPITRE III.

De la grossesse, de ses différentes espèces, & des signes qui la font reconnoître.

SECTION PREMIÈRE.

De la grossesse & de sa division.

D. *Qu'est-ce que la grossesse?*

R. On désigne sous ce nom l'état d'une femme qui a conçu, & qui porte en elle le produit de la conception.

D. *Combien peut-on établir d'espèces de grossesses?*

R. On ne peut en établir que deux espèces générales, qui diffèrent par la nature du produit de la conception. On ne doit pas appeller du nom de *grossesse*, comme l'ont fait quelques auteurs, certaines maladies qui donnent lieu au développement du ventre de la femme, telles que l'hydropisie, &c. cet état n'ayant rien de commun avec le premier, si ce n'est la forme extérieure & le volume du ventre.

L'une des deux espèces de grossesses que nous admettons, est formée par un ou plusieurs enfans avec leurs dépendances: nous

l'appellerons *vraie grossesse*. L'autre, qui est également la suite de la conception, n'est formée que d'une masse qui a quelque ressemblance avec le placenta, & qu'on désigne tantôt sous le nom de *môle*, tantôt sous celui de *faux-germe* : nous la nommerons *fausse grossesse*.

D. *La vraie grossesse ne présente-t-elle pas elle-même différentes espèces ?*

R. La vraie grossesse présente de très-grandes différences ; 1°. selon le lieu où se développent les substances qui la constituent ; 2°. selon le nombre d'enfans qui la forment ; 3°. selon les accidens qui l'accompagnent.

Relativement à toutes ces différences, la grossesse a reçu des dénominations particulières.

On appelle *bonne grossesse*, *grossesse ordinaire*, *grossesse utérine*, celle où le produit de la conception se développe dans la matrice ; & on la distingue en simple, en composée, & en compliquée. La grossesse simple, qui est la plus ordinaire, est celle où il n'y a qu'un seul enfant ; la grossesse composée, celle où il se trouve plusieurs enfans, ou bien un seul avec une môle ou faux-germe : l'une & l'autre de ces grossesses peuvent être compliquées d'accidens.

La grossesse extra-utérine, qu'on peut appeller *mauvaise grossesse*, parce que l'issue

en eſt toujours fâcheuſe, a reçu également des dénominations particulières, ſelon le lieu où ſe trouve l'enfant & ſes dépendances : on l'appelle *groſſeſſe tubaire*, quand elle eſt dans l'une des trompes ; *des ovaires*, quand elle a ſon ſiège dans l'un des ovaires ; enfin, *groſſeſſe abdominale*, lorſque l'enfant ſe développe dans le bas-ventre même.

Il peut exiſter en même temps une groſſeſſe utérine & une groſſeſſe extra-utérine ; mais les exemples en ſont rares.

SECTION II.

Des ſignes de la groſſeſſe.

D. QUELS *ſont les ſignes de la groſſeſſe en général ?*

R. On a toujours diſtingué ces ſignes en rationnels & en ſenſibles. Les ſignes rationnels ſont ceux qu'on déduit des changemens qu'éprouve la femme dans ſa manière d'être ; telles ſont la ſuppreſſion des règles, les laſſitudes ſpontanées, les dégoûts, les nauſées, les vomiſſemens, le deſir de certaines choſes de peu d'uſage, ſoit en alimens, ſoit en boiſſons, le gonflement & la tenſion douloureuſe des mammelles, &c.

D. *Peut-on aſſurer d'après ces ſignes que la femme eſt groſſe ?*

R. Si le plus grand nombre des femmes qui

qui éprouvent ces ſymptomes ſont enceintes, il en eſt chez leſquelles ils ne dépendent que de la ſuppreſſion des règles. La groſſeſſe d'ailleurs ne donne lieu ſouvent à aucun de ces petits accidens : s'ils ont paru comme autant de ſignes de cet état, il faut convenir qu'ils ſont très-incertains.

La ſecrétion du lait, ou ſon excrétion par les mammelles, n'eſt pas un indice plus ſûr de la groſſeſſe ; puiſqu'on l'a remarquée à la ſuite d'une ſuppreſſion accidentelle des règles, & même chez de très-jeunes filles (*a*).

D. *Qu'entendez-vous par ſignes ſenſibles de la groſſeſſe ?*

R. Les ſignes ſenſibles de la groſſeſſe ſont ceux qui ſe manifeſtent à la vue, ou qu'on découvre par le toucher. Ces ſignes, qu'on ne déduit que de l'état de la matrice, des changemens qu'elle a éprouvés, & de l'exiſtence de l'enfant, ne laiſſent aucun doute ſur la groſſeſſe ; & même en font connoître l'eſpèce, dans le plus grand nombre des cas, ainſi que le terme auquel elle eſt parvenue.

(*a*) Nous avons vu une petite fille de l'âge de huit ans, en fournir abondamment, & de la meilleure qualité.

SECTION III.

Du toucher, de ſon utilité, & de la manière d'y procéder.

D. *Que doit-on entendre par le toucher, pris dans le ſens relatif à l'Art des accouchement ?*

R. Le toucher, dans ce ſens, conſiſte à porter un doigt dans le vagin, pour s'aſſurer de l'état de la matrice, & de ce qu'elle renferme. On peut l'entendre également de l'application des mains à l'extérieur du ventre, faite dans les mêmes vues.

D. *Le toucher eſt-il d'une grande utilité dans l'Art des accouchémens ?*

R. Il eſt tellement néceſſaire, qu'on doit le regarder comme la bouſſole de l'Accoucheur, & qu'aucun autre ſens ne peut y ſuppléer. Les occaſions de le pratiquer ſont on ne peut plus multipliées. C'eſt par le toucher qu'on juge de la bonne ou de la mauvaiſe conformation du baſſin, & de l'état ſain ou morbifique des parties internes de la génération ; qu'on reconnoît la groſſeſſe, & qu'on en apprécie les différens termes ; qu'on diſtingue la groſſeſſe utérine d'avec la groſſeſſe extra-

utérine, la grossesse composée d'avec la simple; les vraies douleurs de l'enfantement d'avec les fausses douleurs, ou celles qui lui sont étrangères. Enfin, c'est par le toucher que nous apprécions lès progrès du travail; que nous reconnoissons la partie que l'enfant présente à l'orifice de la matrice, & dans quelle position se présente cette partie, &c.

D. *Comment doit-on procéder au toucher?*

R. Pour se rendre habile dans cette partie essentielle des accouchemens, il faut l'exercer fréquemment & sur beaucoup de femmes; en commençant par celles qui ne sont pas enceintes, afin de prendre une connoissance exacte de la matrice dans l'état naturel. Ce n'est qu'au moyen de ces connoissances préliminaires que l'Accoucheur doit s'attendre à distinguer les changemens que la grossesse, ou certaines affections morbifiques, déterminent dans la matrice.

On touchera d'abord la femme debout, pour juger plus sainement de la position de la matrice, de sa pesanteur & de sa mobilité; & ensuite étant couchée sur le dos, pour mieux en apprécier le volume. Le doigt indicateur de l'une ou l'autre main étant enduit de beurre, de pommade ou de tout autre corps gras, on cherchera doucement l'entrée du vagin, en écartant les grandes lèvres, & on

l'introduira jusqu'à ce qu'on rencontre museau de tanche. On examinera quelle est la longueur, la grosseur, la dureté de cette partie, & le degré d'ouverture de son orifice ; on fera attention à sa situation, à la pesanteur de la matrice, & à sa mobilité.

Après ces recherches, si la femme est couchée sur le dos, on lui fera relever les genoux, de manière que les cuisses & les jambes soient à demi fléchies ; on placera un oreiller sous la tête & les épaules, pour que la poitrine soit plus haute que le bassin, & que les muscles du bas-ventre, ainsi que la peau, soient dans un état de relâchement. On appliquera la main gauche sur le ventre, la paume vers le pubis, & les doigts alongés du côté de l'ombilic. On déprimera le ventre par une pression convenable, qu'on augmentera graduellement, & en portant le bout des doigts réunis alternativement d'un côté à l'autre, jusqu'à ce qu'on rencontre la matrice, qui se présente profondément sous la forme d'un corps assez dur.

On s'assurera que ce corps est la matrice, en appuyant un peu plus fortement à l'extérieur, & en relevant ensuite le museau de tanche au moyen du doigt porté dans le fond du vagin. En la fixant ainsi entre ce doigt & la main qui est

au-dessus du pubis, on jugera facilement de son volume.

D. *Le procédé que vous venez de décrire est-il facile à exécuter?*

R. Il ne présente de grandes difficultés que chez les femmes qui ont de l'embonpoint, ou dont le bas-ventre est extrêmement sensible; mais il est d'une exécution facile sur les femmes maigres, & sur-tout chez celles qui ont eu des enfans. Nous ajouterons qu'une partie de ces recherches devient inutile, quand l'Accoucheur a beaucoup d'expérience dans l'art de toucher; & que le doigt introduit dans le vagin lui suffit pour juger de la matrice, & distinguer celle qui est dans l'état naturel d'avec celle qui est affectée de quelque engorgement considérable, ou dans l'état de grossesse.

D. *Comment doit-on pratiquer le toucher, quand il s'agit de déterminer si une femme est enceinte ou non?*

R. Quand il s'agit d'une grossesse douteuse, & au-dessous du terme de quatre mois, il faut procéder au toucher comme nous venons de le décrire; c'est-à-dire, qu'il convient de toucher la femme debout, & ensuite couchée, afin de pouvoir saisir & fixer la matrice entre le doigt porté dans le vagin & la main appliquée au-dessus du pubis. On peut se conduire de même dans un cas de grossesse plus

avancée, quoiqu'il suffise alors de toucher la femme debout.

D. *A quels signes reconnoît-on une grossesse de deux, ou trois mois au plus ?*

R. On ne peut en assurer l'existence que d'après le volume de la matrice. Au terme de six semaines à deux mois, on trouve le corps de ce viscère sensiblement développé; il s'est arrondi dans tous les sens, & sa grosseur surpasse celle d'un œuf d'oie. La matrice, souvent à ce terme, se trouve un peu plus basse que dans l'état ordinaire.

Au troisième mois, son corps plus arrondi encore, & plus développé, paroît égaler le volume du poing d'un homme; quelquefois la tête d'un très-petit enfant de naissance.

D. *Peut-on assurer qu'une femme est grosse d'après ces signes?*

R. Non : ces signes n'appartiennent pas exclusivement à la grossesse : l'engorgement des parois de la matrice, & nombre d'autres maladies, peuvent en augmenter le volume à ce point, & même bien plus. Mais dans le cas d'engorgement & d'obstruction, le corps de la matrice est dur; il est inégal au toucher, & comme raboteux; & le plus souvent le col est affecté de la même manière.

Dans la grossesse, au contraire, la matrice plus volumineuse que dans l'état

ordinaire, eſt égale, & préſente une ſorte de ſoupleſſe au toucher, ainſi que le muſeau de tanche.

Les petits accidens que la femme éprouve depuis qu'elle ſe ſoupçonne groſſe, & que nous avons regardés comme autant de ſignes rationnels de la groſſeſſe, donnent un degré de certitude aux ſignes que nous déduiſons de l'augmentation de la matrice; parce qu'ils n'ont pas lieu ordinairement dans les maladies de ce viſcère.

D. *Ne peut-on pas juger de la groſſeſſe commençante d'après l'état du col de la matrice ſeulement?*

R. Beaucoup d'Auteurs l'ont penſé, d'après l'opinion où ils étoient, que l'orifice de la matrice ſe refermoit exactement après la conception. On ne peut aſſurer ce qui ſe paſſe à l'égard de l'orifice interne, parce que le doigt ne ſauroit y parvenir avant les derniers mois de la groſſeſſe; mais quant à l'orifice externe, on ne le trouve dans aucun temps aſſez étroitement fermé, chez les femmes qui ont eu des enfans, pour qu'on ne puiſſe y introduire le doigt.

D. *Quels ſont les ſignes qui indiquent le quatrième & le cinquième mois de la groſſeſſe?*

R. Au quatrième mois, le corps de la matrice paroît au-deſſus des os pubis, & ſon fond occupe à-peu-près le milieu de l'eſpace compris entre ces os & l'om-

bilic. Le museau de tanche est tourné vers le sacrum, & se trouve en général plus élevé que dans les deux premiers mois.

Au cinquième mois, le corps de la matrice, plus volumineux encore, occupe toute la région hypogastrique, qui est alors saillante; & son fond s'approche à la distance de deux travers de doigt ou environ de l'ombilic.

C'est entre ces deux époques que la plupart des femmes distinguent les premiers mouvemens de l'enfant; & que l'Accoucheur peut le reconnoître manifestement.

L'époque de ces premiers mouvemens n'est cependant pas invariable. Il y a des femmes qui les distinguent dès le troisième mois, & d'autres qui n'en sont affectées qu'après le sixième, & même plus tard (*a*).

D. *De quelle espèce sont les mouvemens que la femme ressent dans ces premiers temps?*

R. Ces mouvemens dépendent de l'action de l'enfant même, & sur-tout de

(*a*) Nous avons donné des soins à plusieurs femmes qui nous ont assuré n'avoir ressenti les premiers mouvemens de l'enfant que vers la révolution du septième mois; une autre femme n'en a éprouvé aucun avant l'accouchement, & toutes sont accouchées d'un enfant de grosseur ordinaire & bien portant.

l'agitation de ses membres, qui frappent alors avec assez de force la surface interne de la matrice, qui n'est tapissée que du chorion & de l'amnios, pour que la femme en soit affectée. La tête & le tronc de l'enfant se meuvent pareillement; mais leurs mouvemens impriment une sensation différente de celle qui résulte du mouvement des extrémités.

D. *L'enfant ne commence-t-il à remuer qu'à l'époque où la femme s'apperçoit de ses mouvemens?*

R. Étant animé dès l'instant de la conception, l'enfant doit remuer beaucoup plutôt; mais ses premiers mouvemens ne sont ni assez forts, ni assez étendus pour que la femme les distingue.

D. *L'enfant n'a-t-il pas d'autres mouvemens que ceux dont vous venez de parler?*

R. L'enfant a un autre mouvement, qu'on pourroit appeller de *déplacement* ou de *ballottement*; c'est un mouvement de totalité, auquel l'action de ses organes ne contribue en rien. Entouré d'un volume d'eau, toujours très-grand relativement à sa petite masse dans les premiers mois, l'enfant peut être déplacé par les mouvemens de la femme & l'attitude qu'elle prend, ou par les secousses que l'Accoucheur communique à la matrice, tant au moyen du doigt porté dans le vagin, que

par les mains appliquées extérieurement : mais le ballottement qu'éprouve l'enfant dans ces secousses ne se manifeste qu'au doigt introduit dans le vagin.

D. Indiquez-nous d'une manière plus précise comment on peut exciter & reconnoître ce ballottement.

R. Pour le faire bien comprendre, nous établirons d'abord que l'enfant étant plus pesant qu'un pareil volume d'eau, doit toujours occuper la partie la plus basse de la cavité de la matrice ; conséquemment la région qui avoisine le col de ce viscère, quand la femme est debout : aussi est-ce cette attitude que nous choisirons pour la toucher. Cela posé, pour exciter & reconnoître le ballottement de l'enfant, on se conduira de la manière suivante.

On avancera l'index d'une main jusqu'au fond du vagin, le plus haut possible entre le museau de tanche & la symphise du pubis, & l'on placera l'autre main sur le ventre, à la hauteur du fond de la matrice. Alors on agitera doucement ce viscère au moyen du premier doigt, pour déplacer l'enfant, & l'obliger de s'élever au milieu des eaux ; aussitôt on donnera une autre secousse avec les doigts placés extérieurement, pour accélérer sa chûte sur le point d'où on l'avoit éloigné. L'enfant ainsi ballotté, en

retombant frappe le doigt introduit dans le vagin, avec d'autant plus de force, que la groſſeſſe eſt plus avancée.

Ce ballottement eſt ſi peu remarquable au toucher avant le quatrième mois de la groſſeſſe, que les perſonnes peu exercées ne ſauroient le reconnoître ; mais il devient d'autant plus manifeſte, que la groſſeſſe ſe rapproche davantage du huitième mois ; c'eſt pourquoi les commençans feront bien de s'en aſſurer d'abord à cette époque, puis à celle de ſept mois, de ſix & de cinq, pour ſe mettre à même de le reconnoître au quatrième.

D. *La mère peut-elle diſtinguer ce mouvement de ballottement de l'enfant ?*

R. On pourroit croire qu'elle ne le remarque pas, car elle n'en fait aucune mention ; ce qu'il y a de certain, c'eſt que ce ballottement ne peut être auſſi remarquable pour elle, que les mouvemens ordinaires dont nous avons parlé ; excepté cependant quand l'enfant eſt mort. La femme, dans ce dernier cas, reſſent ce mouvement de ballottement, & quelquefois d'une manière incommode ; elle annonce qu'une eſpèce de boule peſante tombe conſtamment ſur le côté où elle ſe couche, & ſuit les mouvemens qu'elle exécute.

D. *Puiſque la matrice contient beaucoup*

d'eau, relativement à la grosseur du fœtus; dans les premiers temps de la grossesse, ne peut-on pas distinguer l'ondulation de ce fluide, comme on la distingue dans l'hydropisie du ventre?

R. Les eaux de l'amnios ne sont jamais en assez grande quantité dans la grossesse ordinaire, pour qu'on puisse en distinguer l'ondulation, comme quelques-uns l'ont annoncé. On ne pourroit d'ailleurs regarder cette ondulation comme un signe appartenant exclusivement à la bonne grossesse, puisqu'il auroit lieu également dans quelques-unes des fausses grossesses.

D. *Quels sont les signes qui caractérisent le sixième & le septième mois de la grossesse?*

R. Au sixième mois, le fond de la matrice s'élève généralement au-dessus de l'ombilic, & cette cicatrice semble moins enfoncée; le col de la matrice paroît un peu plus court que dans l'état naturel, parce que la base du museau de tanche, ou sa partie supérieure, est plus développée, plus large & plus épaisse. L'orifice de la matrice est encore plus en arrière & plus haut qu'aux époques précédentes.

Au septième mois, le fond de la matrice commence à occuper la région épigastrique, & se trouve alors plus de trois travers de doigt au-dessus de l'ombilic; & la forme du ventre est telle, que sa

plus grande convexité eſt à la hauteur de cette même cicatrice.

Le muſeau de tanche eſt quelquefois ſi éloigné de la vulve, que le doigt ne peut y atteindre que difficilement.

Le col de la matrice eſt plus court que dans l'état naturel, & ſa baſe encore plus large qu'au ſixième mois. On trouve preſque toujours la tête de l'enfant au détroit ſupérieur, & on la diſtingue aiſément à travers l'épaiſſeur des parois de la matrice.

D. *La tête de l'enfant ne ſe préſente-t-elle ainſi qu'au ſeptième mois de la groſſeſſe?*

R. On la découvre également au ſixième mois, & même plutôt, chez quelques femmes, quand on eſt ſuffiſamment exercé dans l'art de toucher; mais ce n'eſt qu'au ſeptième, pour l'ordinaire, qu'elle ſe préſente de manière à être reconnue des Accoucheurs les moins verſés dans l'art dont il s'agit. La facilité avec laquelle on la reconnoît alors a fait croire au plus grand nombre des Praticiens qu'elle ne ſe préſentoit que dans ce temps; & que c'étoit l'époque à laquelle l'enfant ſe retournoit, & faiſoit la culbute (*a*).

(*a*) Nous diſcuterons cette opinion en parlant de la ſituation de l'enfant dans le ſein de ſa mère.

D. *Quels sont les signes qui caractérisent le huitième mois de la grossesse ?*

R. A ce terme, le fond de la matrice est tellement élevé, qu'il touche presque au bord antérieur & inférieur de la poitrine chez le plus grand nombre des femmes. Le museau de tanche a peu de longueur, & dans bien des cas, ce n'est qu'une espèce de mammelon très-court, ou un bourlet très-peu saillant, & assez souple. Il est rare que l'orifice en soit ouvert chez les femmes enceintes de leur premier enfant; mais on y introduit constamment le doigt chez celles qui ont eu d'autres grossesses. La tête de l'enfant, à cette époque, paroît plus basse, & on la trouve plus solide & plus grosse qu'au septième mois. Souvent l'orifice de la matrice est si haut & si incliné vers le sacrum, qu'on ne peut y atteindre qu'avec une extrême difficulté.

D. *Quels sont les signes qui dénotent le neuvième mois de la grossesse ?*

R. Le fond de la matrice, au lieu de s'élever de plus en plus vers la poitrine dans le neuvième mois de la grossesse, semble s'en éloigner, & se rapprocher de l'ombilic, de manière que la région épigastrique devient plus souple: ce qui fait dire aux femmes que leur ventre a baissé, & qu'elles ne tarderont pas à accoucher. Cette espèce d'affaissement du ventre se

fait inſenſiblement chez quelques-unes, & plus ſubitement chez d'autres. La matrice après ce temps paroît acquérir plus de largeur d'un côté à l'autre, & préſente en devant plus de rondeur.

Le muſeau de tanche achève de ſe déployer dans le cours de ce dernier mois; il s'efface au point que ſouvent le bord de l'orifice eſt très-mince, quelques jours avant l'accouchement, & aſſez ouvert pour permettre au doigt de toucher les membranes qui enveloppent l'enfant.

La réunion de tous ces ſignes fait connoître que le terme de l'accouchement n'eſt pas éloigné, & il en eſt d'autres qui annoncent qu'il eſt très-proche.

D. *Quels ſont les ſignes qui indiquent que le travail de l'accouchement ne tardera pas à ſe déclarer?*

R. On peut diſtinguer ces ſignes en rationnels & en ſenſibles. Les premiers ſe déduiſent du temps de la ſuppreſſion des règles; de l'époque des premiers mouvemens de l'enfant; des mal-aiſes qu'éprouve la femme; des douleurs qu'elle reſſent, tantôt vers les lombes, & tantôt dans le bas-ventre; des envies fréquentes d'uriner; de l'humidité des parties, des glaires qui en découlent, & ſouvent de l'apparition d'un peu de ſang: mais ces ſignes ſont moins certains que les ſuivans, que nous appellons *ſignes ſenſibles.*

Le moment de l'accouchement n'eſt pas éloigné, lorſque le col de la matrice eſt complétement développé & entre-ouvert, comme nous l'avons dit, quand le bord de l'orifice ſe durcit momentanément & ſe relâche enſuite, lorſque les membranes qui ſe préſentent à cette ouverture ſe tendent & ſe détendent alternativement.

Ces effets ſont comme le prélude du travail, & les douleurs qui en ſont les premiers ſignes ſenſibles pour la femme, n'attendent, pour ſe faire ſentir, qu'un degré d'action de plus de la part de la matrice; ce qui ne tardera pas à avoir lieu (*a*).

(*a*) Nous n'avons parlé dans cet article que des ſignes de la groſſeſſe la plus ordinaire. Nous expoſerons ailleurs ceux de la groſſeſſe de pluſieurs enfans, & de la groſſeſſe extra-utérine, autant qu'ils peuvent être connus.

Nous obſerverons de plus, que tout ce que nous avons dit de la hauteur du fond de la matrice juſqu'au huitième mois de la groſſeſſe, & de l'état du muſeau de tanche, a rapport ſpécialement à une première groſſeſſe. Nous ajouterons ici que le fond de la matrice paroît un peu moins élevé à chacune des époques aſſignées, chez les femmes qui ont eu pluſieurs enfans; que le muſeau de tanche conſerve un peu plus d'épaiſſeur, & s'ouvre de meilleure heure; mais ces différences ne ſauroient tromper l'Accoucheur inſtruit ſur le terme de la groſſeſſe, au-delà de quelques ſemaines.

CHAPITRE IV.

Du fœtus, du placenta, du cordon ombilical, des membranes & des eaux.

SECTION PREMIÈRE.

Du fœtus.

D. QU'EST-CE *que le fœtus ?*

R. On donne ce nom à l'enfant depuis l'inſtant de la groſſeſſe où toutes ſes parties extérieures ſont ébauchées, de manière à être reconnues, juſqu'au moment de ſa naiſſance. On le nomme *embryon* avant le terme de ſix ſemaines à deux mois.

D. *Peut-on juger de l'âge du fœtus d'après ſa longueur ou ſa peſanteur ?*

R. Nous croyons qu'on ne peut le faire ſans crainte de ſe tromper, ſi ce n'eſt peut-être juſqu'au deuxième, ou au deuxième mois & demi de la groſſeſſe. Avant ce terme, on remarque peu de différence dans la forme & la grandeur des embryons : ils paroiſſent tous deſſinés d'après le même modèle. Ceux du terme d'un mois, ou environ, ne paroiſſent ni plus gros ni plus

longs qu'une fourmis ordinaire ; & ceux de six semaines ont à-peu-près le volume d'une grosse mouche à miel. Quoique les fœtus de deux mois & de deux mois & demi soient beaucoup plus grands, ils ne présentent pas plus de différence entre eux, qu'on n'en remarque dans le même nombre des premiers.

Après le terme de deux mois à deux mois & demi, le fœtus augmente bien plus proportionnément d'une quinzaine de jour à l'autre, qu'il ne l'a fait avant ce temps ; & la différence est telle, qu'en comparant un fœtus de deux mois avec un de deux mois & demi, on ne sauroit se persuader qu'en si peu de jours il se fût autant développé ; & que la marche de la nature fût aussi lente dans les premiers mois de la grossesse, & aussi rapide dans la suite.

La différence d'un fœtus de quatre mois d'avec celui de trois, n'est pas moins remarquable que celle d'un fœtus de cinq d'avec celui de quatre, & ainsi de suite ; de sorte que celui de neuf mois surpasse en général de beaucoup celui de huit.

D. *Les enfans, à quelque terme que ce soit de la grossesse, ne présentent-ils pas quelques différences entre eux ?*

R. Oui : on leur remarque des différences, qu'on pourroit appeller *individuelles*. Les uns sont plus grands, plus gros & plus

peſans ; les autres plus courts, plus grêles & d'un moindre poids. Mais il eſt un caractère propre, en quelque ſorte, à chaque âge, qui mettra toujours un Accoucheur habitué à obſerver, à même de diſtinguer un fœtus d'un âge quelconque, d'un fœtus d'un âge au-deſſus ou deſſous.

D. *Quelles ſont en général la longueur & la peſanteur du fætus à terme ?*

R. La longueur la plus ordinaire eſt de dix-huit à vingt pouces, & la peſanteur de ſix à ſept livres. On a vu des enfans qui n'avoient que ſeize à dix-ſept pouces, tandis que d'autres étoient de vingt-deux à vingt-trois.

Les uns ne peſoient que quatre livres, les autres quatre à cinq, ou cinq à ſix. On en a trouvé du poids de huit, de neuf, de dix livres, & même plus ; mais ces derniers ſont exceſſivement rares. On en cite du poids de vingt-cinq ; & il eſt des mères de famille qui ſe plaiſent à répéter qu'elles en ont eu de plus forts encore ; mais ces faits ne ſont pas avérés, & nous les croyons faux (*a*).

(*a*) Un Accoucheur, employé dans une ville de province, ſe trouvant chez moi à l'inſtant où l'on me préſentoit un enfant aſſez gros, qui étoit mort dans le travail de ſa naiſſance, le jugeant comparativement à un de vingt-cinq livres, qu'il me diſoit avoir reçu depuis peu, l'eſtima de ving-

D. *Comment doit-on considérer le fœtus relativement à l'accouchement?*

R. On doit connoître, 1°. son attitude dans le sein de la mère, ou la manière dont il est replié sur lui-même; 2°. sa situation à l'égard de la matrice; 3°. les diverses régions de sa surface, & les caractères qui les distinguent les unes des autres; 4°. la structure de ses parties principales, la tête & la poitrine, telles que les changemens qu'elles peuvent éprouver dans l'accouchement, leurs dimensions, & les mouvemens variés qu'elles peuvent exécuter, ainsi que les extrémités, tant supérieures qu'inférieures, c'est-à-dire les bras & les jambes.

D. *Quelle est l'attitude du fœtus dans le sein de sa mère?*

R. Le corps du fœtus est courbé sur sa partie antérieure, & sa tête est abaissée sur le haut de la poitrine; les cuisses sont fléchies sur le bas-ventre, les jambes sur les cuisses, mais de manière que les genoux se trouvent écartés l'un de l'autre, & les pieds très-rapprochés, même croisés

---

trois à vingt-quatre livres, quoique je ne l'évaluasse que de huit livres au plus. La balance fit connoître qu'il n'en pesoit que huit moins un quart. J'en ai reçu plusieurs du poids de dix livres; un seul du poids de douze, & un de treize moins un quart. Ce dernier étoit d'une grosseur énorme.

& appliqués sur les fesses ; les bras sont couchés sur les côtés de la poitrine, les coudes portés en avant ; les avant-bras ployés & appliqués sur la poitrine même.

C'est cette même attitude que l'enfant reprend dans les premiers temps de sa naissance, toutes les fois qu'il se trouve débarrassé de ses langes.

Reployé ainsi, il se présente sous la forme d'un corps ovoïde, dont le plus grand diamètre, qui est de dix pouces au moins, passe du haut de la tête aux pieds appliqués sur les fesses ; & le plus petit diamètre, qui est de quatre pouces & demi à cinq pouces, d'une épaule à l'autre (*a*).

D. *Quelles inductions peut-on tirer de cette observation relativement à l'accouchement ?*

R. La plus importante de toutes ces inductions, c'est que l'enfant ne peut sortir du sein de sa mère, qu'il ne présente à l'orifice de la matrice une des extrémités de l'espèce de corps ovoïde, qu'il forme dans l'attitude que nous venons de décrire ; c'est-à-dire, qu'il ne présente la tête, les pieds, les genoux ou les fesses, comme on le remarquera ci-après.

D. *Quelle est la situation la plus ordinaire de l'enfant dans le sein de sa mère ?*

(*a*) On peut juger de l'attitude du fœtus par celle qu'on lui a donnée sur la Planche VIII.

R. Les Auteurs ſont encore très-partagés ſur ſa ſituation avant le ſeptième mois. Ils conviennent tous qu'il n'a point de poſition déterminée dans les premiers mois, parce qu'il eſt alors très-petit ; mais qu'il en prend une dans la ſuite, & qu'il la conſerve juſqu'à l'époque de ſept mois, temps où il ſe retourne.

D. *Quel eſt donc la poſition que les Auteurs donnent à l'enfant, & comment ſe retourne-t-il ?*

R. Cette poſition eſt telle, que les feſſes & les pieds ſont en bas, que la tête répond au fond de la matrice, le dos à la partie poſtérieure de ce viſcère ; la face & la poitrine étant en devant.

Quand l'enfant ſe retourne, le ſommet de la tête deſcend le long de la partie antérieure de la matrice, & vient ſe préſenter au détroit ſupérieur, de manière que l'occiput répond au pubis, & le front au ſacrum ; tandis que les feſſes & les pieds remontent le long de la partie poſtérieure de la matrice, pour ſe rendre vers le fond ; de ſorte qu'après ce déplacement, le dos ſe trouve en devant & au-deſſus du pubis.

D. *Comment a-t-on déſigné ce déplacement, & peut-on l'admettre ?*

R. On l'a déſigné ſous le nom de *culbutte.* Quoique généralement admis, & par des hommes d'une grande autorité

dans tout ce qui concerne l'art des accouchemens, nous ne pouvons nous empêcher de le rejetter, & de dire que sur mille enfans, il n'en est pas deux qui se retournent ainsi, & qui fassent la culbute au terme indiqué par ces Auteurs.

D. *Comment prouverez-vous que l'enfant ne fait pas cette culbute ?*

R. La raison & l'observation s'accordent à prouver que l'enfant ne se retourne pas, comme l'ont publié la plupart des auteurs. De toutes les positions dans lesquelles on peut se représenter l'enfant entouré d'eau, la plus incommode, la moins conforme au rapport des parties, & la plus difficile à conserver deux instans de suite, est celle que lui donnent les partisans de la culbute, jusqu'à l'époque où celle-ci s'exécute. La position de la tête après la culbute n'est pas plus commode & plus naturelle, & on ne la remarque presque jamais au temps de l'accouchement, quel que soit le terme de la grossesse où il se fasse. L'observation nous instruit d'ailleurs que dans les avortemens qui se font avant le septième mois, c'est presque toujours la tête qui se présente; qu'à l'ouverture des femmes mortes avant cette époque, on a le plus souvent trouvé cette partie sur le col de la matrice ; enfin, qu'on la reconnoît de très-bonne heure à travers les parois de ce viscère, au

moyen du doigt introduit dans le vagin; quand on eſt ſuffiſamment inſtruit dans l'art de toucher, &c. &c.

D. *L'enfant ne peut-il pas ſe retourner en quelques cas ?*

R. Il en eſt quelques-uns où il peut le faire; mais ce ſeroit par l'effet du plus grand haſard, s'il ſe retournoit alors comme dans la culbute que nous venons de décrire. Dans l'opinion que nous adoptons pour ces cas d'exception à la règle générale, l'enfant peut changer de poſition, & préſenter ſucceſſivement à l'orifice de la matrice diverſes parties éloignées les unes des autres, même diamétralement oppoſées; comme la tête dans un inſtant, le dos, la poitrine, un de ſes côtés, ou les pieds dans l'inſtant qui ſuit: de même qu'il peut préſenter d'abord l'une de ces dernières parties, & la tête un moment après (*a*).

(*a*) Nous ſommes certains de ce que nous avançons à ce ſujet, ayant obſervé pluſieurs fois ces déplacemens de l'enfant dans le cours du travail de l'accouchement. Un grand nombre d'élèves ont remarqué, comme nous, dans l'un de ces cas, toutes les parties dont nous venons de parler, ſucceſſivement à l'orifice de la matrice, chez une femme parfaitement à terme, & dont le travail a duré plus de trente-ſix heures. Dans un autre temps, nous avons obſervé les mêmes changemens ſur une femme qui accouchoit au terme de cinq mois.

D. *Quels ſont les cas où l'enfant peut exécuter d'auſſi grands mouvemens, & changer ainſi de poſition ?*

R. Il ne peut changer ainſi de poſition, qu'autant qu'il eſt entouré d'une grande quantité d'eau, relativement à ſon volume, & qu'il jouit d'une extrême mobilité; ce qui a toujours lieu dans les premiers mois de la groſſeſſe, & quelquefois ſur la fin, mais dans des cas exceſſivement rares. Les dimenſions de la cavité de la matrice étant alors beaucoup plus grandes que les dimenſions de l'enfant, il peut changer de poſition, ſelon l'attitude que la femme prend, & les mouvemens extraordinaires dont il ſe trouve quelquefois agité. Si la tête ſe préſente d'abord à l'orifice de la matrice, elle peut ſe porter vers le fond ou vers l'un des côtés, &c.

D. *Cette obſervation peut-elle être de quelque utilité dans la pratique des accouchemens?*

R. Oui : elle nous apprend, 1°. que dans certains cas, nous ne devons prononcer ſur la poſition de l'enfant qu'après l'écoulement des eaux de l'amnios, puiſque ce n'eſt que dans ce moment qu'elle devient fixe; 2°. qu'il ſeroit avantageux dans les circonſtances où l'enfant préſente ſucceſſivement tant de parties à l'orifice de la matrice, de faire écouler les eaux à l'inſtant où la tête ſe trouve en

en bas (*a*), pourvu toutefois que l'orifice soit déjà bien dilaté.

D. *Quelle est donc la position la plus ordinaire de l'enfant ?*

R. Cette position est telle, que le sommet de la tête se présente au détroit supérieur, l'occiput, le plus souvent, vers la cavité cotyloïde gauche, & le front vis-à-vis la symphise sacro-iliaque droite ; de sorte que les fesses occupent le fond de la matrice (*b*).

D. *Comment divise-t-on la surface de l'enfant ?*

R. On peut la diviser en régions antérieure, postérieure & latérale.

La région antérieure comprend la face, le devant du col, la poitrine, le bas-ventre, le devant du bassin & les genoux.

La région postérieure comprend l'occiput, le derrière du col, le dos, les lombes & les fesses.

Chaque région latérale présente, 1°. le

(*a*) Nous nous sommes comportés de cette manière dans un cas de l'espèce que nous venons de décrire, la femme n'étant grosse que de cinq mois. La tête de l'enfant s'étoit éloignée plusieurs fois de l'orifice de la matrice, & les pieds s'y étoient présentés de même : les eaux écoulées, la tête s'engagea, & l'accouchement se fit heureusement.

(*b*) *Voyez* la Planche VIII.

côté de la tête ; 2°. le côté du col, l'épaule, le côté proprement dit, & la hanche.

Nous ajouterons, pour compléter les régions de la ſurface de l'enfant, le ſommet de la tête & les pieds.

D. *Toutes ces régions peuvent-elles ſe préſenter à l'orifice de la matrice dans le temps de l'accouchement ?*

R. Il n'en eſt aucune qui ne puiſſe s'y préſenter ; mais celles qu'on y remarque le plus ſouvent ſont, 1°. le ſommet de la tête ; 2°. les pieds, 3°. les feſſes, 4°. l'une ou l'autre épaule, 5°. le dos, 6°. l'une ou l'autre hanche. Quoique les autres régions ne ſe préſentent que rarement, il n'eſt pas moins néceſſaire que l'Accoucheur ſache les diſtinguer.

D. *Comment peut-on reconnoître toutes ces régions, & les diſtinguer l.s unes des autres ?*

R. Elles ont toutes des caractères particuliers qui ſervent à les faire connoître ; & ce ſont ces mêmes caractères, plus ou moins apparens, que l'Accoucheur devroit s'habituer à bien ſaiſir au moyen du toucher, puiſqu'il n'a d'autre guide que ce ſens dans preſque tous les cas.

D. *Que doit-on conſidérer à la tête du fœtus relativement à l'accouchement ?*

R. On doit en conſidérer la forme ;

la ſtructure & les dimenſions; ſon articulation avec le tronc, & les mouvemens qu'elle peut exécuter.

D. *Quelle eſt la forme de la tête du fœtus?*

R. La tête du fœtus, ſéparée du corps, eſt d'une forme à-peu-pres ovoïde, mais légérement applatie en différens ſens; de ſorte qu'on peut y diſtinguer cinq régions & deux extrémités.

La région ſupérieure ſe nomme *vertex*, ou *ſommet;* la région inférieure eſt la *baſe du crâne;* l'antérieure la *face*, & les côtés s'appellent *régions temporales* ou *pariétales.*

Le menton forme l'une des extrémités de la tête, & l'occiput en conſtitue l'autre: nous appellerons cette dernière extrémité *poſtérieure* ou *occipitale.*

D. *Quelle eſt la ſtructure de la tête du fœtus?*

R. La tête du fœtus, comme celle de l'homme, comprend le crâne & la face; mais nous ne parlerons que de la ſtructure du crâne.

Le crâne eſt cette boîte oſſeuſe qui renferme le cerveau. Il eſt formé d'un grand nombre de pièces dans le fœtus, & de huit ſeulement dans l'adulte; pluſieurs ſe réuniſſant, avec le temps, pour n'en faire qu'une ſeule.

Ces huit os ſont le coronal, l'occipital, les deux pariétaux, les deux temporaux, l'os ſphénoïde & l'os ethmoïde.

Ces os ſe touchent à peine chez le fœtus, & ne ſont liés entre eux que par des membranes ; de ſorte qu'ils peuvent ſe croiſer ou s'éloigner un peu les uns des autres, ſelon que la tête eſt preſſée dans un ſens ou dans un autre ; ce qui lui permet de s'applattir, de s'alonger, & de changer de forme au beſoin.

Les endroits où les os du crâne ſe joignent & ſe lient entre eux, ſe nomment *ſutures ;* & ceux où aboutiſſent pluſieurs ſutures s'appellent *fontanelles.*

D. *Quelles ſont les principales ſutures qui ſe remarquent à la tête du fœtus ?*

R. Ces ſutures ſont la ſagittale, la coronale, la lambdoïde, & celles qui uniſſent les os temporaux aux os pariétaux.

La ſuture ſagittale eſt celle qui règne le long du ſommet de la tête : la coronale commence à l'extrémité antérieure de la ſagittale, & deſcend de chaque côté juſqu'aux tempes : la lambdoïde commence de même à l'autre bout de la ſagittale, & deſcend derrière les oreilles.

Les ſutures écailleuſes, ou temporales, s'étendent du bas de la ſuture coronale au bas de la lambdoïde, en formant un demi-cercle au-deſſus des oreilles.

On remarque une autre ſuture chez le fœtus, qui monte de la racine du nez juſqu'à la ſuture ſagittale, & qui coupe l'os coronal en deux parties égales : elle

eſt plus ſerrée & plus étroite que les précédentes.

D. *Combien remarque-t-on de fontanelles à la tête du fœtus ?*

R. Elles y ſont en grand nombre, ſi l'on prend pour fontanelles tous les endroits où pluſieurs ſutures ſemblent ſe rencontrer ; mais nous n'en décrirons que deux, qui ſont les plus importantes à connoître.

La plus remarquable ſe voit à l'endroit où la ſuture ſagittale ſemble ſe joindre à la ſuture coronale, & à celle qui monte de la racine du nez le long du milieu du front. On l'appelle fontanelle *antérieure* ; & elle eſt connue du vulgaire ſous le nom de *fontaine de la tête*, Cette fontanelle eſt quelquefois ſi grande, qu'on ne peut la couvrir de l'extrémité du pouce. Elle eſt toujours membraneuſe au terme de la naiſſance, & le crâne ne s'oſſifie en cet endroit qu'après quelques années.

La ſeconde fontanelle que nous avons annoncée, eſt l'endroit où la ſuture ſagittale ſe joint à la lambdoïde. Pour l'ordinaire, elle eſt très-petite, & on ne la trouve pas membraneuſe comme la première ; nous l'appellons *fontanelle poſtérieure.*

D. *Comment peut-on diſtinguer ces deux fontanelles l'une de l'autre ?*

R. Le toucher nous les fait aiſément

diſtinguer. On trouve à la première un eſpace membraneux aſſez étendu, auquel viennent ſe rendre quatre branches de ſutures, & autant d'angles oſſeux, dont deux appartiennent aux pariétaux, & deux au coronal.

La fontanelle poſtérieure n'eſt que le point de réunion de trois branches de ſutures, & de trois angles oſſeux, dont l'un, qui eſt le plus alongé, appartient à l'occipital, & les deux autres aux os pariétaux.

D. *Ne trouve-t-on pas quelquefois à la fontanelle poſtérieure autant de branches de ſutures & d'angles oſſeux, qu'on en remarque à la fontanelle antérieure?*

R. Oui : on y trouve quelquefois quatre branches de ſutures & quatre angles oſſeux; mais ce cas eſt trop rare pour en faire mention. Malgré cette diſpoſition, l'Accoucheur inſtruit ſaura toujours diſtinguer ces deux fontanelles.

D. *La fontanelle antérieure n'a-t-elle pas une ſorte de pulſation ou battement remarquable au toucher, qui puiſſe ſervir à la faire diſtinguer de l'autre fontanelle?*

R. Ce battement eſt aſſez remarquable après la naiſſance; mais s'il exiſte avant, on ne ſauroit le reconnoître au toucher, & l'Accoucheur, en le recherchant longtemps au moyen du doigt introduit dans le vagin, pourroit s'y tromper, en pre-

nant la pulsation des artères de son doigt pour celle de la fontanelle.

D. *Quelles sont les dimensions de la tête du fœtus ?*

R. Pour déterminer la grosseur de la tête du fœtus, nous y remarquerons quatre diamètres. Le plus grand traverse la face & le crâne obliquement du menton à l'extrémité postérieure de la suture sagittale; il est de cinq pouces & quelques lignes. Le second, qui va du milieu du front au milieu de l'occiput, est de quatre pouces & quelques lignes. Le troisième traverse la tête d'une bosse pariétale à l'autre, au-dessus des oreilles; & le quatrième, du sommet à la base du crâne. Ces deux diamètres sont pour l'ordinaire de trois pouces cinq à six lignes (*a*).

D. *Quels sont les mouvemens que peut exécuter la tête du fœtus?*

R. Au moyen de la disposition & de la mobilité des vertèbres qui appartiennent au col, & de la manière dont la tête est articulée avec la première de ces ver-

(*a*) Lorsque nous prononcerons le mot de *grand diamètre* & de *petit diamètre* de la tête du fœtus, dans la suite de cet ouvrage, nous prévenons que ce sera de celui qui passe du milieu du front à l'occiput, & de celui qui traverse le crâne d'une protubérance pariétale à l'autre, dont il sera question.

tèbres, le fœtus peut baiſſer le menton ſur le haut de la poitrine, renverſer la tête ſur le dos, l'incliner ſur l'une & l'autre épaule, & tourner la face vers les côtés, en lui faiſant décrire un demi-cercle ou environ. Nous appellerons dans la ſuite ce dernier mouvement, mouvement de *pivot*, ou de *rotation*.

D. *Eſt-il bien néceſſaire que l'Accoucheur connoiſſe la forme, la ſtructure & les dimenſions de la tête du fœtus, ainſi que les mouvemens qu'elle peut exécuter?*

R. Ces connoiſſances ſont tellement liées à celles que nous avons établies ſur le baſſin de la femme, que ſans elles ces dernières nous deviendroient inutiles. L'Art des accouchemens n'étant, en effet, que celui d'extraire l'enfant du ſein de ſa mère, comment donner à la tête la poſition la plus avantageuſe, ſi l'on ne connoît pas le rapport de ſes dimenſions avec celles du baſſin? Comment changer ſa poſition avantageuſement, ſi on ignore les mouvemens qu'elle peut exécuter? &c.

1°. D'après la forme de la tête du fœtus, nous voyons qu'elle ne peut traverſer aiſément le baſſin, qu'autant qu'elle s'y engage en préſentant une de ſes extrémités; ſavoir l'occipitale, quand elle vient la première; & le menton, quand on amène l'enfant par les pieds.

2°. D'après la ſtructure du crâne, nous

concevons comment la tête peut passer à travers un bassin un peu resserré; comment, en s'alongeant dans un sens, & en diminuant dans un autre, elle peut quelquefois s'accommoder à la forme de ce bassin défectueux.

3°. La connoissance des diamètres de la tête nous fait voir comment elle doit se présenter, soit au détroit supérieur, soit au détroit inférieur, pour passer plus facilement; & de quelle manière on doit la diriger dans les cas difficiles....

4°. Les mouvemens qu'elle peut exécuter prescrivent des règles aussi salutaires. Connoissant ces mouvemens & leurs bornes, nous ne craignons pas de faire rouler la tête sur son axe, de faire parcourir à la face le quart de la circonférence intérieure du bassin, pour obtenir une position plus avantageuse, &c.

Enfin, toutes ces connoissances nous mettent à même d'expliquer la marche de la tête de l'enfant dans l'accouchement le plus naturel.

D. *Quelle est la structure du tronc du fœtus ?*

R. Le tronc du fœtus est formé d'un bien plus grand nombre de pièces que la tête; & toutes ces pièces sont liées entre elles, d'une manière bien plus lâche encore que les os du crâne; ce qui fait qu'elles peuvent éprouver de plus grands

déplacemens, & que le tronc peut exécuter de plus grands mouvemens, & s'affaisser au point de traverser librement un bassin que la tête ne sauroit franchir (*a*).

D. *Dans quel sens le tronc du fœtus est-il le plus mobile ?*

R. Le tronc peut se courber en devant, en arrière & sur les côtés : mais de toutes les courbures qu'il décrit dans ces sortes de flexions, aucune ne peut être ni plus grande, ni moins fatiguante pour l'enfant, que celle qu'il fait en se ployant en devant.

Le tronc peut encore exécuter un mouvement de rotation, dans lequel la colonne épinière est comme légérement torse selon sa longueur. Ce dernier mouvement est, comme tous les autres, plus libre & plus étendu dans le fœtus que dans l'homme ; mais il ne peut s'étendre au-delà d'un sixième, ou d'un cinquième de cercle au plus, sans que les ligamens de la colonne épinière n'éprouvent une forte distension, & que la moëlle que renferme cette colonne n'en soit fatiguée.

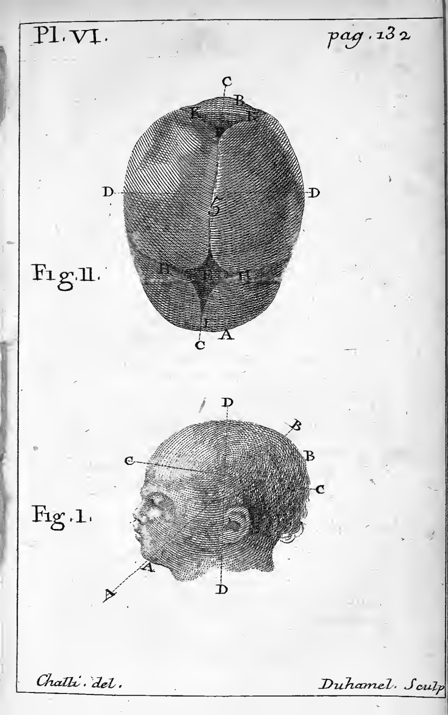
La connoissance de tous ces mouvemens devroit nous engager, 1°. à ramener

(*a*) On s'appercevra sans doute que nous ne parlons ici que de la charpente osseuse du tronc, comme nous n'avons parlé que de celle de la tête.

les extrémités inférieures sur le devant du tronc, & à recourber celui-ci vers sa partie antérieure, toutes les fois que nous sommes obligés de retourner l'enfant, & de l'extraire par les pieds; 2°. à ne jamais porter les mouvemens de rotations nécessaires en quelques cas, au-delà d'un quart de cercle, sans s'assurer auparavant si la tête, qui est retenue dans la matrice, exécute le même mouvement, &c. Nous développerons ces règles de pratique ailleurs.

D. *Doit-on avoir les mêmes égards aux mouvemens que peuvent exécuter les extrémités tant supérieures qu'inférieures?*

R. Il faut y donner la même attention qu'aux mouvemens de la tête & du tronc, quand il est question de dégager les pieds & de les amener du fond de la matrice au dehors; ainsi que dans l'abaissement des bras, lorsque les épaules sont parvenues à la vulve, pour ne pas luxer ou fracturer ces extrémités. Nous ne décrirons pas ces mouvemens; il suffira de les faire remarquer une seule fois à la Sage-femme, pour lui en donner une bonne idée; & de lui faire faire l'application de ces connoissances à la pratique des accouchemens, pour lui en faire sentir toute l'importance.



C
B
K
K
F
D
D
Fig. II.
H
E
H
I
C
A
D
B
C
B
C
Fig. 1.
A
A
D
Chatli. del.
Duhamel. Sculp.

EXPLICATION
DE LA PLANCHE VI.
FIGURE I.

Cette figure représente la tête du fœtus séparée du corps.

A. Le menton.
B. L'extrémité occipitale.
A B. Diamètre oblique de la tête, & le le plus grand de tous ses diamètres.
CC. Diamètre antéro-postérieur, appellé dans la suite de l'ouvrage grand diamètre.
DD. Diamètre perpendiculaire, qui va du sommet à la base du crâne.

FIGURE II.

Cette figure représente le sommet de la tête.

A. Le haut du front.
B. Le haut de l'occiput.
CC. Diamètre antéro-postérieur.
DD. Diamètre transversal, ou petit diamètre.
E. La fontanelle antérieure.

F. La fontanelle poſtérieure.
G. La ſuture ſagittale.
HH. La ſuture coronale.
I. La ſuture qui deſcend de la fontanelle antérieure à la racine du nez.
KK. La ſuture lambdoïde.

CHAPITRE V.

Du placenta, du cordon ombilical, des membranes du fœtus & des eaux.

SECTION PREMIÈRE.

Du placenta.

D. QU'EST-CE *que le placenta?*

R. Le placenta, qu'on connoît également ſous le nom de *délivre* ou *d'arrière-faix*, eſt un corps ſpongieux & vaſculeux, aſſez ſemblable, par ſa forme, à un gâteau un peu applati, de ſix à huit pouces de largeur, & d'un pouce d'épaiſſeur ou environ dans ſon milieu (*a*).

(*a*) Nous avons vu un placenta dont la figure reſſembloit à celle d'un croiſſant : pluſieurs fois nous en avons trouvé deux, mais beaucoup plus petits, pour un ſeul enfant : ils étoient à quelque diſtance l'un de l'autre.

D. *Faites-nous la deſcription du placenta.*

R. On conſidère deux faces au placenta, une externe, par laquelle il eſt lié à la matrice, & une interne, qui regarde l'enfant.

La face externe eſt convexe, & aſſez unie, quand le placenta n'a été ni tiraillé ni déchiré; mais on y découvre des ſillons profonds, & des eſpèces de lobes aſſez gros, lorſque ce corps a été détaché & extrait avec effort. Ces lobes ſont liés entre eux dans l'état naturel, & les ſillons qui les ſéparent extérieurement ſont très-ſuperficiels, & recouverts d'une membrane fort mince.

On découvre à la ſurface externe du placenta des ouvertures qui correſpondent à l'embouchure des ſinus utérins; & l'on remarque, en ſéparant ce corps de la matrice, qu'il n'y eſt attaché qu'au moyen d'un tiſſu cellulaire très-fin.

La face interne du placenta eſt concave & recouverte des membranes; on y voit un grand nombre d'artères & de veines, qui s'étendent en manière de rayons d'un point de cette ſurface vers ceux de la circonférence: ce ſont les branches des vaiſſeaux ombilicaux. Ces artères & ces veines, en ſe diſtribuant ainſi, jettent çà & là des ramifications très-déliées, qui ſe plongent dans la ſubſtance même du placenta; où elles vont elles-mêmes ſe ter-

miner, après s'être ſubdiviſées à l'infini.

D. *A quelle partie de la matrice s'attache le plus communément le placenta ?*

R. Pluſieurs Auteurs penſent qu'il s'attache preſque toujours au fond de ce viſcère ; quoiqu'il le faſſe bien plus ſouvent à la partie antérieure, à la partie poſtérieure, ou à l'un des côtés ; tantôt plus près du fond, & tantôt plus près du col. Il peut s'attacher indiſtinctement à toutes les régions de la ſurface interne de la matrice ; même ſur le col & de manière qu'il en recouvre l'orifice, ce qui eſt alors conſtamment fâcheux pour la mère & pour l'enfant.

D. *Peut-on juger, d'après quelques ſignes extérieurs, du lieu où eſt attaché le placenta ?*

R. Non ; ſi ce n'eſt lorſque le placenta adhère à la partie antérieure de la matrice, ou quand il ſe trouve attaché ſur le col, & qu'il en recouvre l'orifice. On le reconnoît dans le premier cas, en palpant le ventre de la femme ; & dans le ſecond, en introduiſant le doigt dans l'orifice de la matrice : mais on ne peut en juger dans tous les autres.

D. *Peut-on déterminer, en examinant le placenta, le lieu qu'il occupoit dans la matrice ?*

R. Si l'on ne peut déterminer au juſte, dans tous les cas, la région que le placenta occupoit, du moins peut-on évaluer à

quelle distance il étoit du col de la matrice.

On peut assurer qu'il étoit attaché au fond de ce viscère, quand l'ouverture qui s'est faite aux membranes pour la sortie des eaux & de l'enfant, se trouve directement vis-à-vis le milieu de cette masse, & également éloignée de tous les points de son bord.

Quand cette ouverture se trouve près le bord du placenta, on peut assurer de même qu'il étoit attaché dans le voisinage de l'orifice de la matrice, &c.

SECTION II.

Du cordon ombilical.

D. FAITES-NOUS *la description du cordon ombilical.*

R. Le cordon ombilical est cette espèce de corde qui s'étend de l'ombilic de l'enfant à la surface interne du placenta.

Il est formé de deux artères, & d'une veine assez grosse, qu'on nomme *ombilicales*. Ces trois vaisseaux rampent les uns autour des autres, à-peu-près comme les brins d'osier qui forment l'anse d'un panier; & ils sont enveloppés étroitement par les membranes du fœtus; qui servent comme de tégumens au cordon.

D. *Dites-nous quelle est l'origine des vais-*

ſeaux qui forment le cordon, & où ils vont ſe terminer.

R. Les artères ombilicales ſont la continuation des artères iliaques du fœtus, c'eſt-à-dire, de ces deux artères qui réſultent de la bifurcation de l'aorte inférieure. Elles montent dans le tiſſu cellulaire du péritoine, derrière & à côté de la veſſie, juſqu'à l'ombilic, où elles ſe joignent & s'adoſſent l'une à l'autre, ainſi qu'avec la veine. Parvenues au placenta, ces artères ſe diviſent en pluſieurs branches, & celles-ci en de beaucoup plus petites, qui vont ſe perdre dans les cellules du placenta même. On aſſure cependant qu'une partie de ces vaiſſeaux traverſe cette maſſe, pour ſe rendre dans les ſinus de la matrice.

La veine ombilicale ſemble prendre naiſſance dans le placenta même, par un nombre infini de ramifications; d'où elle ſe porte vers l'enfant. Ayant traverſé l'ombilic, elle s'écarte des deux artères, & va ſe rendre dans le ſinus de la veine-porte, au-deſſous du foie.

D. *La veine ombilicale va-t-elle toujours ſe rendre en entier dans le ſinus de la veine-porte?*

R. Non : il arrive quelquefois qu'elle ſe diviſe en deux branches, dont l'une ſe rend dans le ſinus de la veine-porte, & l'autre dans la veine-cave inférieure; cette dernière branche s'appelle *canal veineux.*

Le plus ſouvent ce canal naît du ſinus de la veine-porte même, & va ſe terminer à la veine-cave.

D. *Ne trouve-t-on que ces trois vaiſſeaux dans le cordon ombilical?*

R. On ne trouve réellement que ces trois vaiſſeaux dans le cordon du fœtus humain; mais dans la plupart des brutes, il en eſt un quatrième, qu'on appelle *ouraque.* Ce dernier, chez l'homme, n'eſt qu'une eſpèce de ligament qui monte du ſommet de la veſſie juſqu'à l'ombilic, où il ſe termine.

D. *Quelle eſt la longueur & la groſſeur du cordon ombilical?*

R. La longueur du cordon eſt ordinairement de vingt à vingt-quatre pouces, & ſa groſſeur à-peu-près ſemblable à celle du petit doigt; mais l'une & l'autre préſentent ſouvent de grandes différences.

On a vu des cordons qui n'étoient que de huit à dix pouces de longueur, d'autres de quarante, quarante-huit pouces & au-delà. Il en eſt de très-grêles, & de beaucoup plus gros; mais on remarque que cette groſſeur extraordinaire n'eſt pas la même dans toute la longueur du cordon, & qu'elle provient d'une humeur glaireuſe infiltrée dans le tiſſu cellulaire.

D. *Que peut-il réſulter de toutes ces variétés, tant dans la longueur, que dans la groſſeur du cordon?*

R. Le cordon qui a beaucoup de longueur, peut s'entortiller ſur le col de l'enfant, & y former pluſieurs circulaires; ainſi que ſur l'une ou l'autre des extrémités. Ce cordon peut encore ſe nouer, même pluſieurs fois (*a*); mais il ne faut pas confondre ces nœuds avec certains replis que décrit ſouvent la veine ombilicale, & dont le nombre, dans l'opinion du commun des femmes, fait connoître celui des enfans qu'elles doivent avoir.

Le cordon qui eſt très-court ne ſauroit ſe nouer, ni ſe contourner ſur le col de l'enfant comme le précédent; mais il peut être tiraillé & diſtendu à meſure que l'enfant ſe dégage de la matrice, pendant l'accouchement; ce qui donne lieu alors au décollement du placenta. Le cordon qui eſt très-grêle, de même que celui qui eſt très-gros & infiltré, ne peuvent ſupporter communément les efforts qu'on exerce deſſus pour opérer la déli-

(*a*) Nous conſervons un cordon noué juſqu'à trois fois ſur lui-même, & dans le même endroit. Ces trois nœuds forment une eſpèce de natte ou d'entrelacement difficile à expliquer. Le cordon formoit de plus deux circulaires ſur le col de l'enfant: cet enfant étoit robuſte & des mieux portant.

vrance; & il ne faut s'en ſervir alors qu'avec ménagement.

D. *L'entortillement du cordon ſur le col de l'enfant & les nœuds dont vous venez de parler peuvent-ils influer ſur ſa vie ou ſur la facilité de l'accouchement?*

R. Tant que l'enfant eſt dans le ſein de ſa mère, il n'a rien à redouter des circulaires que forme le cordon autour du col; & ces circulaires ne ſauroient s'oppoſer davantage à la ſortie de la tête, ni la rendre plus difficile, quoique la plupart des Accoucheurs l'aient publié. Mais lorſque la tête eſt dehors, ces circulaires peuvent ſe ſerrer aſſez pour donner lieu à la bouffiſſure & à la lividité de la face; ſur-tout lorſqu'on tire deſſus la tête pour extraire le corps. Il faut alors défaire une de ces circulaires, ou couper le cordon, comme nous le dirons dans la ſuite.

Quant aux nœuds qui ſe forment au cordon, ils ne peuvent porter aucune atteinte à la vie de l'enfant, ni pendant la groſſeſſe, ni pendant l'accouchement. Si l'on a remarqué ces nœuds ſur le cordon d'un enfant qui eſt venu mort, cet accident dépendoit d'une autre cauſe.

D. *Le cordon ombilical s'insère-t-il toujours au milieu de la face interne du placenta?*

R. Non: s'il paroît s'inſérer le plus ſouvent au milieu du placenta, quelquefois il ſemble ſortir du bord de cette maſſe.

La forme du placenta ressemblant alors en quelque sorte à celle d'une raquette, on le nomme *placenta en raquette.*

SECTION III.

Des membranes du fœtus.

D. QUELLES *sont les membranes qui enveloppent le fœtus?*

R. Le fœtus n'est enveloppé que de deux membranes, dont l'une se nomme *chorion*, & l'autre *amnios.*

D. *Qu'est-ce que le chorion?*

R. C'est une membrane assez épaisse & molle, composée de plusieurs lames de tissu cellulaire, appliquées étroitement les unes sur les autres, si ce n'est vers le bord du placenta, où cette membrane paroît plus celluleuse.

Le chorion est adhérent à la matrice dans toute son étendue, excepté dans le lieu où est attaché le placenta.

L'adhérence de cette membrane à la matrice se détruit aisément; mais elle est si intimément liée au placenta, dont elle recouvre la face interne, qu'on ne sauroit l'en séparer.

D. *Qu'est-ce que l'amnios?*

R. C'est une seconde membrane plus mince & plus transparente que le chorion, à laquelle elle sert comme de dou-

blure, qui y eſt liée par un tiſſu cellulaire très-fin.

Ces deux membranes forment une eſpèce de ſac, ou de coque ovoïde, qui contient les eaux & le fœtus.

D. *Les membranes du fœtus ne ſont-elles qu'au nombre de deux ?*

R. On peut aſſurer qu'il n'y a que le chorion & l'amnios dans l'eſpèce humaine; & que la troiſième membrane appellée *allantoïde*, qui ſe trouve dans preſque tous les animaux, n'exiſte pas chez l'homme, quoique pluſieurs Anatomiſtes diſent l'avoir préparée quelquefois.

D. *Le chorion & l'amnios ſont-ils toujours d'un tiſſu également fort & également ſerré ?*

R. Non : ces membranes ſont quelquefois ſi denſes & ſi ſerrées, qu'elles réſiſtent long-temps aux efforts naturels de l'accouchement. D'autres fois elles ſont ſi minces & ſi délicates, qu'elles ſe déchirent dès les premières douleurs, & laiſſent échapper de trop bonne heure les eaux qu'elles contiennent.

Si elles réſiſtent trop aux contractions de la matrice dans le premier cas, le travail de l'accouchement en devient plus long, & la ſortie de l'enfant en eſt retardée, même empêchée.

Si elles ſe déchirent de trop bonne heure dans le dernier cas, & laiſſent échapper

les eaux avant que l'orifice de la matrice ne ſoit bien ouvert, les progrès du travail en ſont encore retardés, & il en devient également plus long & plus douloureux; c'eſt alors qu'on a coutume de dire que l'accouchement ſe fait à ſec.

Lorſque les membranes ſont auſſi minces, non-ſeulement elles ne peuvent réſiſter aux premières contractions de la matrice, & elles ſe déchirent dès les premières douleurs de l'accouchement; mais encore il arrive ſouvent qu'elles s'ouvrent avant la fin de la groſſeſſe, ſans qu'aucun effort de la femme ait pu y contribuer, de ſorte que l'accouchement en eſt la ſuite & ſe fait prématurément.

SECTION IV.

Des eaux de l'amnios.

D. QUELLE *eſt la nature des eaux que contiennent les membranes?*

R. Ces eaux ſont communément aſſez claires, un peu graſſes au toucher, & d'une odeur un peu fade, ou nauſéabonde.

Quelquefois elles ſont d'une couleur pâle, d'autres fois verdâtre ou jaunâtre, tantôt rouſſâtre ou blanchâtre, même comme bourbeuſe, & d'une odeur fétide.

D.

D. *Quelle est la quantité de ces eaux ?*

R. Le volume d'eau que contiennent les membranes n'est pas le même chez toutes les femmes. Souvent il n'en existe pas une chopine (une livre) ; & d'autres fois il s'en trouve une pinte (deux livres), & même plus.

La quantité de ce fluide, relativement au volume de l'enfant, est toujours bien plus grande dans les deux ou trois premiers mois de la grossesse, que vers la fin : ce qui fait que les mouvemens de l'enfant sont bien moins libres dans ces derniers temps qu'au commencement.

D. *Quelle est la source des eaux de l'amnios ?*

R. Ces eaux découlent en manière de rosée, de la surface interne de l'amnios, & paroissent venir des vaisseaux de la matrice & de ceux du placenta. On est aussi dans l'opinion qu'elles transudent de la surface de l'enfant; mais cette opinion n'est pas vraisemblable.

D. *Les eaux qui s'écoulent pendant le travail de l'accouchement ne viennent-elles que du sac que forme l'amnios ?*

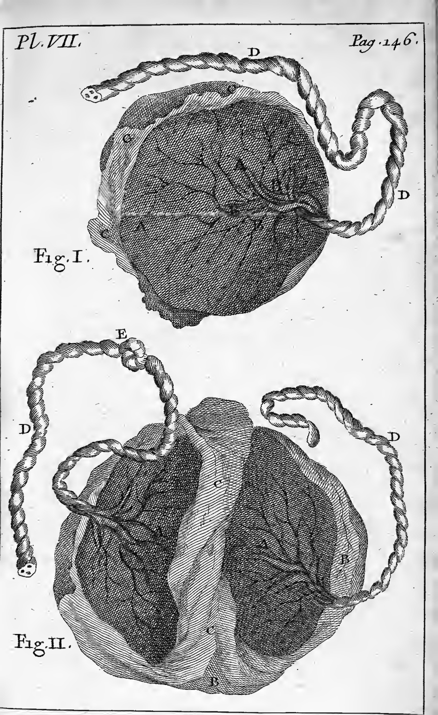
R. Plusieurs auteurs ont pensé qu'indépendamment des eaux qui viennent de l'amnios même, il pouvoit en exister dans la duplicature des membranes, c'est-à-dire entre le chorion & l'amnios : ils ont donné à ces dernières le nom de *fausses eaux* ;

& ils ont appellé *vraies eaux*, celles qui sont contenues dans l'amnios, & qui mouillent la surface même de l'enfant.

S'il s'est trouvé des eaux amassées entre le chorion & l'amnios, on peut assurer que ce cas est infiniment rare.

D. *Quels sont les usages des eaux de l'amnios?*

R. On pense assez généralement ; 1°. qu'une partie de ces eaux est employée à la nourriture du fœtus, & sur-tout dans les premiers temps de sa formation, où il ne paroît se nourrir que par l'absorption du fluide dans lequel il nage en quelque sorte ; 2°. que ces eaux sont un des instrumens que la nature emploie pour opérer la dilatation de la matrice ; 3°. qu'elles rendent les mouvemens de l'enfant moins fatiguans pour la mère, en diminuant l'impression qu'il exerceroit alors sur la matrice ; 4°. qu'elles favorisent ces mêmes mouvemens, & modèrent l'effet des coups qui pourroient affecter l'enfant ; 5°. qu'elles servent à la dilatation de l'orifice de la matrice dans le moment de l'accouchement, ainsi qu'à humecter & à lubrifier les parties qui constituent le passage.


D
C
C
A
B
D
C
A
B
Fig. I.
E
D
D
C
A
B
C
Fig. II.
B

EXPLICATION
DE LA PLANCHE VII.
FIGURE I.

Cette Figure repréſente l'arrière-faix.

AA. Le placenta.
BBB. Les vaiſſeaux du placenta, ou les diviſions des artères & de la veine ombilicales.
CCC. Les membranes du fœtus.
DD. Le cordon ombilical.

FIGURE II.

Cette figure repréſente l'arrière-faix, tel qu'on le trouve le plus ſouvent dans le cas où il y a deux enfans.

AA. Le placenta.
BBB. Les membranes.
CC. La cloiſon formée par la membrane amnios de l'un & l'autre enfans : cette cloiſon eſt reployée ſur elle-même.
DD. Les cordons ombilicaux.
E. L'eſpèce de nœud que le cordon forme quelquefois quand il eſt très-long.

SECTION V.

De la nutrition du fœtus & de ses dépendances.

D. *DE quelle nature sont les fluides qui servent au développement, à la nutrition & à la perfection du fœtus ?*

R. Ces fluides ne sont pas d'une nature différente de ceux qui servent journellement à réparer les pertes qu'éprouvent chacune des parties de l'enfant après sa naissance, & qui sont employés à l'accroissement & à la perfection de ces mêmes parties : ce sont des sucs lymphatiques, convenablement élaborés par les organes de la mère.

D. *Comment ces sucs parviennent-ils à l'enfant ?*

R. Les opinions sont encore bien partagées sur ce point. Quelques Auteurs prétendent que le fœtus absorbe une partie de ces sucs par tous les points de sa surface ; d'autres, qu'il les reçoit par la bouche & les avale, comme nous usons des alimens. Mais la plupart soutiennent que ces sucs sont puisés dans les vaisseaux de la matrice par les nombreuses ramifications de la veine ombilicale, ou dans le placenta même, dans lequel ces vaisseaux utérins

verſent beaucoup de ſang, ce qui eſt bien mieux démontré.

D. *Les veines du placenta ne puiſent-elles dans le ſang de la mère que des ſucs blancs & lymphatiques?*

R. On pourroit croire qu'elles n'abſorbent que de pareils ſucs dans les premières ſemaines de la groſſeſſe, parce que ces veines ſont alors exceſſivement petites; & que le germe ne préſente encore que des fluides de cette eſpèce; mais dans la ſuite elles puiſent le ſang même qui contient ces ſucs nutritifs, de ſorte qu'il s'en fait alors une circulation de la mère au fœtus, & du fœtus à la mère.

D. *Indiquez-nous comment ſe fait cette circulation.*

R. Une partie du ſang de la mère étant verſée par les ſinus de la matrice dans les petites cavités du placenta qui y correſpondent, y eſt puiſée par les nombreuſes ramifications de la veine ombilicale; & tranſmiſe dans la veine-porte du fœtus. Ce ſang, chargé de parties nutritives, mêlé dans le ſinus de la veine-porte avec celui que cette veine reçoit d'ailleurs, paſſe dans la veine-cave inférieure, au moyen du canal veineux & des veines hépatiques, pour être tranſporté, conjointement avec le ſang qui revient de tout le bas-ventre & des extrémités inférieures,

dans l'oreillette gauche du cœur (a) ; tandis que la veine-cave supérieure verse dans l'oreillette droite celui qu'elle rapporte de la tête & des extrémités supérieures.

Le sang de l'oreillette droite du cœur passe aussi-tôt dans le ventricule du même côté, qui le chasse à son tour dans l'artère pulmonaire ; dont la principale branche, connue sous le nom de *canal artériel*, se rend dans l'aorte inférieure. Une partie de ce sang distribué dans le poumon par l'action du ventricule droit, se rend à l'oreillette gauche du cœur par les veines pulmonaires ; & l'autre partie, qui est la plus considérable, est transmise dans l'aorte inférieure ; où il se mêle à celui qui y est poussé par l'action du ventricule gauche.

L'oreillette gauche, qui reçoit le sang de la veine-cave inférieure & des veines pulmonaires, le transmet dans le ventricule gauche, dont la fonction est de le distribuer, sans exception, à toutes les parties du corps, même au poumon ; tant au moyen de l'aorte supérieure, qu'au moyen de l'aorte inférieure.

Le sang de l'aorte inférieure, dans le

(a) Ce sang pénètre dans l'oreillette gauche au moyen du trou de Botal : ouverture qui se remarque à la cloison qui sépare cette oreillette d'avec la droite.

fœtus, se distribue bien au-delà du cercle qu'il décrit dans l'homme. Une grande partie est transmise par les artères ombilicales, jusques dans les cavités du placenta, qui sont autant de sinus, où il se mêle de nouveau avec le sang de la mère, pour réparer les pertes qu'il a faites, y puiser d'autres sucs nutritifs, & subir de nouvelles préparations.

D. *La circulation du sang, chez l'enfant, éprouve-t-elle quelques changemens remarquables, soit pendant le travail de l'accouchement, soit à l'instant de la naissance?*

R. Il seroit trop long d'expliquer tout ce qui se passe à cet égard dans le cours du travail de l'accouchement, même le plus ordinaire; nous nous contenterons d'en déduire par la suite quelques règles de pratique, soit relativement aux pertes de sang chez la femme, soit relativement aux premiers secours que nous devons à l'enfant, suivant l'état où il se trouve en naissant. Nous remarquerons seulement ici le plus frappant de tous les phénomènes que nous passons sous silence. Dès que l'enfant est né, & qu'il respire librement, la circulation cesse dans les vaisseaux ombilicaux; & les artères coupées à quelques travers de doigt du ventre de l'enfant, ne laissent échapper que quelques gouttes de sang de loin en loin après le premier jet qui suit leur section. Quand la respi-

ration s'établit difficilement ; ou quand elle ne peut s'établir à l'instant de la naissance, le sang continue de passer dans les artères du cordon ; elles en versent beaucoup, si on coupe ce cordon, & l'enfant pourroit en perdre assez pour mourir, si on ne le lioit exactement.

CHAPITRE VI.

De l'accouchement naturel en général & de ses différences.

D. *Qu'est-ce que l'accouchement naturel ?*

R. L'accouchement naturel est celui qui s'opère par les seules forces de la femme, quelle que soit la manière dont l'enfant se présente à l'orifice de la matrice.

D. *Quelles sont les différences que présente cette espèce générale d'accouchement ?*

R. Ces différences se déduisent de la partie que l'enfant présente à l'orifice de la matrice ; de la manière dont cette même partie se présente ; & des obstacles qui s'opposent à la sortie de l'enfant, ou qui la rendent plus ou moins difficile.

D. *Indiquez-nous les conditions requises pour que l'accouchement se fasse naturellement.*

R. Pour que l'accouchement se fasse naturellement, il est nécessaire, 1°. que la

femme ait des forces suffisantes; 2°. qu'elle n'éprouve aucun des accidens dont nous parlerons dans la suite, comme perte abondante, convulsions, &c.; 3°. que le bassin soit bien conformé, & d'une grandeur relative à la grosseur de l'enfant; 4°. que les parties molles qui forment le passage puissent se développer & se dilater convenablement; 5°. que l'obliquité de la matrice, si elle existe, ne soit pas excessive; 6°. que l'enfant présente le sommet de la tête, les pieds, les genoux, ou les fesses à l'orifice de la matrice; enfin, que la grosseur de cet enfant n'excède pas la largeur du bassin.

D. *A quels signes reconnoîtra-t-on, dès les premiers temps du travail, que l'accouchement qui doit s'opérer par les seules forces de la femme, se fera facilement ou avec difficulté?*

R. L'accouchement naturel se fera aisément & en peu de temps, 1°. si les douleurs se succèdent rapidement & avec forces; 2°. si le col de la matrice est souple au toucher, s'il est humide, s'il a peu d'épaisseur, & s'il se dilate facilement; 3°. si le bassin est bien conformé, si les parties extérieures de la génération sont dans un état aussi favorable à la dilatation que l'orifice même de la matrice; enfin, si le sommet de la tête se présente dans une bonne position.

L'accouchement, quoique naturel, fera plus long & plus difficile, si quelques-unes des conditions énoncées viennent à manquer.

D. *Quel est en général le temps que la nature emploie pour opérer l'accouchement?*

R. On ne peut fixer d'une manière précise la durée du travail nécessaire pour l'accouchement. Il est des femmes chez lesquelles ce travail se soutient au plus une heure; tandis que chez d'autres il se prolonge au-delà de vingt-quatre heures: en général, sa durée n'est guère moins de cinq à six heures.

Nous observerons, toutes choses étant égales du côté de la conformation du bassin de la femme, de la position & de la grosseur de l'enfant, que le premier accouchement est plus long & plus difficile que les accouchemens subséquens: ce qui vient de ce que le col de la matrice & les parties extérieures de la génération se développent plus difficilement alors, que dans la suite.

SECTION PREMIÈRE.

Des causes de l'accouchement en général, & particulièrement de l'accouchement naturel.

D. QUELLES *sont les causes de l'accouchement?*

R. Tout ce qui peut exciter la contraction de la matrice, entretenir cette action, & provoquer la sortie de l'enfant, doit être regardé comme cause de l'accouchement.

D. *Quelles sont les causes qui peuvent exciter la matrice à se contracter & à redoubler ses efforts pour expulser l'enfant?*

R. Les causes qui peuvent exciter la matrice à exercer de pareils efforts, sont en grand nombre : on pourroit en distinguer de naturelles & d'accidentelles. Les premières paroissent agir constamment de la même manière, & au même terme de la grossesse, ou à quelques jours près : elles entrent dans le plan de la nature. Les autres peuvent agir indistinctement dans tous les temps de la grossesse, & provoquer l'avortement. On peut rapporter à ces causes accidentelles les grandes passions de l'ame, certaines maladies de la matrice, ou de ses dépendances, les coups, les chûtes, &c. comme nous l'expliquerons en traitant de l'avortement.

D. Quelles sont les causes qui excitent si constamment les efforts de l'accouchement, ou les contractions de la matrice, vers la fin du neuvième mois de la grossesse?

R. L'opinion des auteurs a été long-temps partagée sur ce point, & l'est encore. Les uns ont pensé que l'enfant ne pouvoit séjourner au-delà de neuf mois dans le sein de sa mère sans y manquer de nourriture, ou sans y éprouver le besoin de respirer; & que dans l'état de gêne où il se trouvoit à cet égard, il sollicitoit vivement la matrice à se contracter & à l'expulser; comme le poulet au terme de sa maturité rompt la coque de l'œuf pour s'en dégager. D'autres ont imaginé que le poids du méconium qui remplit les gros intestins à ce terme, & l'irritation qu'il exerce alors sur ces intestins, invitoient l'enfant à faire de plus grands mouvemens, & à exciter les contractions de la matrice..... Mais ces diverses opinions ne sont nullement fondées; car la matrice n'est pas moins sollicitée à expulser l'enfant qui est mort depuis quelque temps, que celui qui est vivant, quoiqu'aucune de ces causes ne puissent agir sur lui.

On doit rechercher la cause déterminante des contractions de la matrice, ou du travail de l'accouchement, dans l'état où est la matrice même vers la fin du

neuvième mois de la groſſeſſe. Ces efforts paroiſſent une ſuite naturelle du développement complet de toutes les parties de la matrice, & notamment de ſon col, qui devient alors la partie la plus foible; de la diſtenſion & du tiraillement qu'éprouvent toutes les fibres de ce viſcère; de la ſenſibilité & de l'irritabilité dont elles jouiſſent éminemment dans cet état de diſtenſion, &c. Ce ſentiment, quoique bien mieux fondé que le précédent, n'eſt pas encore ſans replique; on peut de même lui oppoſer de grandes objections.

D. *Quelles ſont les puiſſances qui opèrent l'accouchement?*

R. Dans l'ordre naturel, ce ſont la matrice, les muſcles abdominaux, & le diaphragme; ainſi que d'autres muſcles, dont on ne pourroit expliquer ici la manière d'agir, ſans entrer dans de grands détails. Dans les accouchemens contre nature, & dans ceux qu'on appelle *laborieux*, la main de l'Accoucheur, tantôt ſeule, tantôt armée d'inſtrument, eſt la puiſſance qui opère & qui devient la plus néceſſaire.

D. *Comment la matrice peut-elle opérer l'expulſion de l'enfant?*

R. Pour expliquer cet effet, il faudroit ſe rappeller ici la ſtructure & la ſituation de la matrice au temps de l'accouchement, ainſi que tout ce qui a été dit ailleurs de l'action dont elle jouit alors. Dans cette

action, qu'on appelle *contraction*, la matrice se resserre, diminue de capacité, & presse de toutes parts l'enfant & ses dépendances. Le col de la matrice, plus foible que les autres parties de ce viscère, supporte alors non-seulement presque tout l'effort qu'elle exerce, mais encore celui des autres puissances dont nous parlerons bientôt. L'orifice s'entre-ouvre de plus en plus à chaque effort, & les membranes chargées des eaux s'y engageant dans la suite en manière de coin, achèvent de le dilater.

La tête de l'enfant, après l'écoulement des eaux, succédant à cette espèce de coin, s'avance de même dans l'orifice de la matrice, & le traverse à mesure que les efforts de l'accouchement se multiplient. Ces efforts enfin ne discontinuent qu'autant que la matrice a complétement évacué ce qu'elle contenoit; car après la sortie de l'enfant, le même travail recommence pour l'expulsion du placenta & du sang.

La matrice, en se contractant, se vuide à la manière d'une bourse qu'on presseroit extérieurement de toutes parts, en dirigeant l'effort de son fond à son ouverture.

D. *La matrice seule, par ses contractions redoublées, peut-elle opérer l'accouchement?*

R. On ne trouveroit peut-être pas un exemple bien constaté, qui tende à prouver que l'accouchement puisse s'opérer par

l'action seule de la matrice ; & la nécessité de quelques puissances accessoires se manifeste tous les jours, même dans l'accouchement le plus facile. Est-il une seule femme, en effet, qui ne pousse fortement en en bas, comme si elle vouloit aller à la garde-robe, dès qu'elle se sent vivement affectée par la douleur de l'accouchement ? Ces efforts, le plus souvent involontaires vers la fin du travail, dénotent évidemment une action étrangère à la matrice.

D. *D'où proviennent ces efforts, que vous regardez comme étrangers à l'action de la matrice ?*

R. Ils dépendent de la contraction de tous les muscles qui forment l'enceinte du bas-ventre, du diaphragme, de quelques-uns des muscles de la respiration, même des extrémités tant supérieures qu'inférieures.

D. *Comment toutes ces puissances contribuent-elles à l'accouchement ?*

R. Les unes, comme les muscles de la respiration & ceux des extrémités, n'y contribuent qu'indirectement, & en prêtant, pour ainsi dire, un point d'appui aux autres puissances, soit en fixant la poitrine, & en la maintenant dans un état de dilatation, soit en retenant le bassin, & en l'empêchant d'obéir à l'action des muscles du bas-ventre. Ces derniers,

ainsi que le diaphragme, agissent en resserrant la cavité du ventre de toutes parts, en pressant fortement les viscères qu'elle renferme; & notamment la matrice, qui offre alors le plus de volume & le plus de surface, & sur laquelle ils agissent presque par-tout immédiatement.

D. *Qu'observe-t-on pendant ces efforts?*

R. On observe alors chez la femme, les mêmes effets qu'on éprouve soi-même en allant à la garde-robe, dans l'état de constipation; & de plus ce qui est relatif à l'accouchement. Pendant ces efforts, les vaisseaux du visage & du col se gonflent, les joues se colorent, & la femme ressent une pesanteur douloureuse à la tête; elle rend contre sa volonté ses urines & ses excrémens, quand la vessie & les gros intestins en contiennent; enfin l'enfant s'engage & s'avance bien plus que si la femme n'exerçoit aucun de ces efforts. Lui recommander de *faire valoir ses douleurs*, c'est l'exciter à ces efforts; lui reprocher de *perdre ses douleurs*, c'est lui faire sentir la nécessité de ces mêmes efforts, & l'engager à les soutenir.

D. *D'après cette théorie, l'enfant ne paroîtroit contribuer en rien à l'accouchement; ne feroit-il, de son côté, aucun effort pour sortir?*

R. Si le peuple se persuade que l'enfant *s'aide* dans l'accouchement, & y contribue

par ſes efforts, l'Accoucheur ne doit pas adopter cette opinion. L'enfant eſt paſſif dans cette opération, & ne peut pas plus accélérer ſa ſortie, que ne le feroit un corps ſolide inanimé, & du même volume, qui ſeroit renfermé dans la matrice.

La ſortie d'un enfant mort, celle du placenta, ou d'une môle, s'opère de la même manière que la ſortie d'un enfant vivant & bien portant; quoique ces corps n'exercent aucuns efforts.

D. *C'eſt donc à tort que tant de femmes redoutent d'accoucher d'un enfant mort, ou d'une môle, &c.?*

R. La crainte, où elles ſont à cette occaſion, n'eſt nullement fondée; elle naît de cette fauſſe opinion que nous venons de réfuter; c'eſt-à-dire, de la perſuaſion où ſont ces femmes, que les efforts de l'enfant ſont néceſſaires à l'accouchement.

SECTION II.

Des ſignes de l'accouchement.

D. QUELS *ſont les ſignes qui annoncent que le travail de l'accouchement commence?*

R. Les femmes ne reconnoiſſent d'autres ſignes du travail de l'accouchement, que la douleur qu'elles éprouvent avec tenſion, dureté & reſſerrement de tout le bas-ventre.

Cette douleur commence le plus souvent vers les reins, & semble se propager en devant en manière de ceinture, pour se terminer tantôt vers le pubis, & tantôt vers un autre point. Quelquefois elle paroît affecter le devant du bas-ventre, & va se perdre du côté des reins, ou au-dessus du fondement.

Toutes ces douleurs dépendent des contractions de la matrice; elles se répètent à chacune de ces mêmes contractions; elles laissent des intervalles marqués; elles sont si foibles dans les premiers temps, que les femmes y font peu d'attention, qu'elles ne les regardent que comme autant de douleurs préparantes à l'accouchement, & ne les désignent que sous le nom de *mouches*. Elles deviennent plus fréquentes, plus longues & plus fortes dans la suite, & se font sentir spécialement au-dessus du fondement.

La femme préfère ces dernières douleurs à celles qui se perdent vers les lombes, & qu'elles appellent *douleurs de reins*. Si elles sont plus longues, elles laissent à leur suite un calme plus parfait, & elles accélèrent davantage l'accouchement. Les douleurs de reins sont plus fatiguantes, & elles avancent moins le travail.

D. *Devons-nous prononcer que la femme est en travail, toutes les fois qu'elle éprouve de pareilles douleurs?*

R. Nous ne le pouvons faire d'après l'expoſé de la femme, ſans craindre de nous tromper; parce qu'elle peut éprouver des douleurs étrangères à l'accouchement.

Ce n'eſt que d'après le toucher que nous devons prononcer; & dans ce cas, comme en bien d'autres, l'Accoucheur ne ſauroit avoir de guide plus certain.

Quand les douleurs ſont celles de l'enfantement, on remarque que le bord de l'orifice de la matrice ſe durcit pendant qu'elles ont lieu, que les membranes ſe tendent, & que la tête de l'enfant, ſi c'eſt elle qui ſe préſente, ſemble s'éloigner. Lorſque ces douleurs ceſſent, le col de la matrice ſe relâche, les membranes deviennent flaſques; & la tête de l'enfant ſe rapproche. Le corps de la matrice éprouve les mêmes changemens; il ſe durcit pendant la douleur, & redevient auſſi ſouple enſuite qu'il l'étoit auparavant.

On n'obſerve aucun de ces ſymptomes lorſque les douleurs ſont étrangères à l'accouchement; le col de la matrice, & les membranes qui ſont ſur l'orifice, ne paſſent point alternativement de cet état de tenſion, au relâchement dont nous avons parlé.

D. *Peut-on aſſurer, d'après les ſignes que vous venez de décrire, que la femme eſt véritablement en travail, & que l'accouchement en ſera la ſuite?*

R. Le travail de l'enfantement a lieu

toutes les fois que de pareils ſymptomes proviennent des douleurs ; parce qu'il ne conſiſte que dans la récidive des contractions de la matrice, & que ces ſymptomes les dénotent excluſivement. Mais ce même travail peut être prématuré, il peut être l'effet d'une cauſe accidentelle, & il pourra ceſſer, ſi on adminiſtre à la femme les ſoins qu'il exige : avant de prononcer que l'accouchement en ſera la ſuite, on doit faire attention au terme de la groſſeſſe, & à tout ce qui a précédé les douleurs (*a*).

D. *Quels ſont les ſignes qui dénotent les progrès du travail ?*

R. Dans les progrès du travail, les douleurs deviennent plus fortes, plus longues & plus fréquentes ; l'orifice de la matrice s'élargit, & ſon bord s'émincit ; les humeurs muqueuſes qui humectent le vagin prennent ſouvent une teinte rougeâtre, que la femme regarde comme un ſigne favorable ; les membranes ſe tendent davantage pendant la douleur, & forment à l'orifice de la matrice une ſorte de tumeur proportionnée à ſa dilatation ; elles s'engagent dans la ſuite à travers cet orifice, & s'avancent dans le vagin, juſqu'à

(*a*) Voyez à l'article du toucher, les ſignes caractériſtiques des derniers temps de la groſſeſſe, & ceux qui annonçent les approches de l'accouchement.

ce qu'elles se déchirent, & que les eaux s'évacuent.

On est dans l'usage de dire que *la poche des eaux est bien formée*, quand les membranes fortement tendues pendant la douleur, décrivent à travers l'orifice de la matrice une tumeur semblable à la moitié d'une boule.

D. *Les membranes forment-elles toujours une tumeur de cette espèce?*

R. Non : la tumeur qu'elles forment n'est telle qu'on vient de la décrire, qu'autant qu'elles sont d'une texture ordinaire, & que l'orifice de la matrice est largement ouvert. Quand ces membranes sont d'une texture lâche, elles s'engagent de meilleure heure à travers cet orifice, & s'avancent dans le vagin, sous la forme d'un boyau : quelques Accoucheurs ont pensé que la poche des eaux prenoit constamment cette forme quand l'enfant présentoit une des extrémités; mais leur sentiment n'est nullement d'accord avec l'observation.

D. *La poche des eaux s'ouvre-t-elle toujours au même terme du travail?*

R. Ce n'est qu'au moment de la plus grande force du travail que la poche des eaux se déchire chez la plupart des femmes, & que ce fluide s'évacue; mais elle peut résister au-delà de ce temps, ou s'ouvrir beaucoup plutôt, selon que les mem-

branes sont d'un tissu plus foible ou plus robuste ; ce qui n'en est pas plus avantageux.

D. *Expliquez-nous pourquoi il n'est pas indifférent que les membranes se déchirent à tel ou tel temps du travail de l'accouchement.*

R. Lorsque les membranes ne se déchirent qu'au moment où le travail est dans sa plus grande force, la matrice alors vivement irritée, continue d'agir & de se contracter comme auparavant, malgré l'évacuation de la majeure partie des eaux; & l'accouchement ne tarde pas à se terminer.

Quand elles résistent plus long-temps qu'elles ne doivent aux contractions de la matrice & aux efforts de la femme, l'accouchement en est retardé ; & il le seroit souvent alors de plusieurs heures, si l'on ne prenoit le parti de déchirer ces membranes ; parce qu'il ne peut se terminer qu'elles ne soient ouvertes, ou qu'il ne se fait que très-difficilement (*a*).

Lorsque les membranes se déchirent dès les premières douleurs de l'accouchement, & avant que l'orifice de la matrice ne soit bien dilaté, les eaux s'écoulent comme furtivement & en petite quantité à la fois ; elles coulent de cette manière pendant plusieurs heures, & quelquefois pen-

(*a*) On a vu quelquefois l'enfant sortir enveloppé de ses membranes au terme de neuf mois, comme on le voit bien souvent dans l'avortement.

dant plusieurs jours, avant que de fortes douleurs ne se fassent sentir, & que le travail ne fasse de grands progrès. Comme l'évacuation des eaux précède alors de beaucoup l'époque des bonnes douleurs, & qu'il ne s'en écoule plus pendant ces douleurs, on a coutume de dire que l'accouchement se fait à sec.

La crainte d'un travail pénible & long, qu'inspire à toutes les femmes cet écoulement prématuré des eaux, n'est fondée, qu'autant que le col de la matrice est encore dur & épais à l'instant où ce fluide cesse de couler : le travail n'en devient pas plus fatigant, lorsque le col de la matrice est souple & effacé.

D. *La poche des eaux s'ouvre-t-elle constamment au milieu de l'orifice de la matrice?*

R. Non : si elle s'ouvre le plus souvent au milieu de cet orifice; quelquefois la déchirure s'en fait au-dessus du bord de celui-ci ; & les phénomènes qui suivent présentent quelques différences.

Quand elle s'ouvre au milieu, les eaux s'écoulent à grands flots, & l'on touche à nud la partie que l'enfant présente. Lorsqu'elle s'ouvre au-dessus du bord de l'orifice de la matrice, il s'échappe peu d'eau à la fois ; ce n'est qu'au commencement & sur le déclin de chaque douleur, que ce fluide coule ; & dans le fort de ces mêmes douleurs, les membranes se ten-

dent, & la poche des eaux se forme & se durcit, comme avant sa rupture.

La tête de l'enfant, en s'engageant, dans ce dernier cas, fait refluer les eaux qui sont au-dessous d'elle, vers la crevasse des membranes; elle vient s'appliquer à ces mêmes membranes, & les pousse au-devant d'elle, de sorte qu'elle en paroît comme coëffée: c'est cette espèce de coëffe, que bien des gens conservent, & regardent comme un présage de prospérité pour l'enfant.

D. *Quels sont les symptomes que présente le travail de l'accouchement après la déchirure des membranes?*

R. On a déjà remarqué que ces symptomes étoient différens dans les premiers momens, selon qu'il s'écouloit alors plus ou moins d'eau. Quand il s'en évacue peu à la fois, comme dans le cas où les membranes se déchirent au-dessus du bord de l'orifice de la matrice, le travail n'augmente pas aussi rapidement; & quelquefois même il paroît se rallentir pour un temps. Lorsque la matrice se décharge subitement d'une grande quantité de ce fluide, la femme éprouve à l'instant même un calme qui lui étoit inconnu, mais dont la durée est fort courte. A peine a-t-elle goûté ce calme pendant quelques minutes, que de nouvelles douleurs se font sentir, & qu'elles acquièrent plus de force qu'auparavant. Lorsque c'est la tête de l'enfant qui se présente,

elle s'engage alors dans l'orifice de la matrice, & s'avance en le poussant un peu au-devant d'elle, jusqu'à ce que sa plus grande épaisseur l'ait traversé. Le bord de l'orifice assez près de l'entrée du vagin, à l'instant où commence la douleur, disparoît à la fin de cette même douleur, & devient inaccessible au toucher; parce qu'il se retire alors vers le haut du col de l'enfant. L'instant où la tête de l'enfant traverse l'orifice de la matrice est un des plus douloureux du travail, pour la plupart des femmes; & c'est à ce même instant qu'elles commencent à sentir vivement le besoin de pousser de toutes leurs forces.

C'est encore à ce même temps du travail que quelques femmes éprouvent une sorte d'envie d'aller à la garde-robe, & demandent à descendre du lit pour y satisfaire : ce qu'on ne doit jamais leur permettre, dans la crainte qu'elles n'accouchent debout, ou qu'elles ne le fassent dans une attitude peu convenable; comme sur leur chaise percée, &c.

C'est aussi lorsque la tête de l'enfant occupe le fond du bassin, que le travail acquiert le plus de force; que le pouls de la femme s'anime le plus, & que la chaleur devient plus grande dans toute l'habitude du corps; que la face rougit, que la tête s'appesantit, qu'il se manifeste

quelques envies de vomir, & que certaines femmes sont le plus souvent tourmentées de crampes douloureuses dans le derrière de l'une ou l'autre cuisse.

D. *Quels sont les symptomes du dernier temps du travail?*

R. Ce temps, qui est celui où la tête de l'enfant se dégage du bassin & traverse la vulve, est ordinairement fort court pour les femmes qui ont eu précédemment quelques enfans; car il ne faut alors que peu de douleurs pour terminer l'accouchement: mais il est plus long & plus fatigant pour celles qui accouchent de leur premier.

Chez ces dernières, la tête de l'enfant se dégage plus lentement, parce que la vulve est plus étroite; & que les parties qui la forment résistent davantage, & se développent plus difficilement.

A chaque douleur, si la femme la fait bien valoir, la tête de l'enfant s'avance un peu en poussant au dehors le périnée, & en lui faisant décrire une convexité plus ou moins marquée; mais après la douleur, la tête remonte, elle semble rentrer, & le périnée s'affaisse. Elle avance un peu plus à la douleur suivante, & s'éloigne de même dès que cette douleur est passée; ce qui continue de cette manière jusqu'à ce que sa plus grande largeur soit descendue au-dessous de la partie antérieure

des tubérofités iſchiatiques. Dans ce temps, la tête ne rentre plus après la douleur, & le périnée, qui la recouvre encore dans une grande étendue, forme une tumeur conſidérable.

Lorſque la tête eſt engagée à ce point, il eſt difficile que la femme ſuſpende ſes efforts. La peſanteur & le tiraillement qu'elle éprouve vers la vulve & le fondement l'excitent à pouſſer ſans relâche. Si elle ne modère pas alors ces mêmes efforts, le périnée court le plus grand danger de ſe déchirer; & les ſoins de l'Accoucheur ne ſauroient toujours l'en préſerver.

La tête de l'enfant étant parvenue au point de ne plus remonter après la douleur, s'engage de plus en plus à chaque effort & franchit la vulve, mais ſouvent en déchirant plus ou moins la fourchette. Bientôt après les épaules paroiſſent, & le corps ſe dégage.

Les grandes douleurs ceſſent alors juſqu'au moment du travail de la délivrance, où de nouvelles, mais plus foibles, ſe font ſentir. Après ce temps, s'il ne ſurvient pas quelques tranchées, la femme n'éprouve que des cuiſſons vers la vulve, & un peu de laſſitude dans toute l'habitude du corps.

SECTION III.

De l'accouchement dans lequel l'enfant présente le sommet de la tête à l'orifice de la matrice.

D. *A quels signes reconnoît-on que l'enfant présente le sommet de la tête?*

R. Il est aisé de reconnoître la tête de l'enfant à sa rondeur, à son volume & à sa solidité; mais on ne juge de la région qu'elle présente que par des signes particuliers: ceux qui caractérisent le sommet, sont la suture sagittale, la fontanelle antérieure & la fontanelle postérieure. Ces signes se manifestent clairement au toucher, dès qu'on peut introduire le doigt dans l'orifice de la matrice; soit qu'on touche la tête à nud, soit qu'on ne la touche qu'à travers les membranes, pourvu qu'on fasse ces recherches dans l'intervalle des douleurs.

D. *Quelle ind.cation doit-on tirer de la présence du sommet de la tête à l'orifice de la matrice?*

R. L'enfant ne peut se présenter d'une manière plus favorable, soit qu'on le considère relativement à lui-même, soit qu'on le considère relativement à la mère. Le sommet de la tête est, de toutes les parties qui

peuvent ſe préſenter, celle qui ſe préſente le plus conſtamment.

D. *De combien de manières le ſommet de la tête peut-il ſe préſenter à l'orifice de la matrice?*

R. On peut rapporter à ſix poſitions principales toutes celles que cette région eſt ſuſceptible de prendre à l'orifice de la matrice.

Dans la première, l'occiput répond à la cavité cotyloïde gauche, & le front à la jonction ſacro-iliaque droite (*a*).

Dans la deuxième, l'occiput eſt tourné vers la cavité cotyloïde droite, & le front vers la ſymphiſe ſacro-iliaqué gauche.

Dans la troiſième, l'occiput répond à la ſymphiſe du pubis, & le front à la ſaillie du ſacrum.

Dans la quatrième, l'occiput eſt placé vis-à-vis la jonction ſacro-iliaque droite, & le front derrière la cavité cotyloïde gauche.

Dans la cinquième, l'occiput regarde la ſymphiſe ſacro-iliaque gauche, & le front le derrière de la cavité cotyloïde droite.

Dans la ſixième enfin, l'occiput eſt vis-à-vis la ſaillie du ſacrum, & le front derrière la ſymphiſe du pubis.

D. *Ces ſix poſitions ſe rencontrent-elles auſſi fréquemment les unes que les autres dans*

(*a*) *Voyez* la Planche VIII.

la pratique, & sont-elles également favorables à l'accouchement?

R. Non : il en est même qui sont excessivement rares, & quelques-unes moins favorables que les autres. La première est la plus ordinaire & la meilleure. La seconde paroît également avantageuse, mais on ne l'observe pas aussi souvent; elle peut avoir lieu une fois, sur sept ou huit que la première se rencontrera. La quatrième & la cinquième se remarquent une fois ou deux sur quatre-vingts, ou environ; mais la troisième & la sixième sont singuliérement rares. La troisième est assez favorable encore, & la sixième pour l'ordinaire, très-peu avantageuse, comme on le verra ci-après.

D. *Pourquoi dites-vous que la position la plus ordinaire & la plus favorable est celle où l'occiput répond à la cavité cotyloïde gauche; tandis que la plupart des Auteurs prennent pour telle, la position où l'occiput regarde le pubis, & la face le sacrum?*

R. L'observation confirme à chaque instant ce que nous avançons à ce sujet. Les auteurs qui ont assuré que la position la plus ordinaire & la plus avantageuse étoit celle où l'occiput répondoit au pubis, n'ont fait attention, sans doute, à la manière dont la tête se présente, qu'à l'instant où elle paroît à la vulve; car dans ce moment, en effet, sa position est presque

toujours telle que la face regarde le ſacrum, & l'occiput le pubis : il ne peut y avoir de meilleure poſition par rapport au détroit inférieur (*a*).

D. *D'où vient cette poſition eſt-elle moins avantageuſe à l'égard du détroit ſupérieur, que du détroit inférieur?*

R. Si la tête ſe préſentoit ainſi dans le premier temps du travail, ſon grand diamètre ſe trouvant dans la direction du plus petit diamètre du détroit ſupérieur, elle ne traverſeroit ce détroit que bien plus difficilement qu'elle ne le fait dans les autres poſitions, excepté dans la ſixième. Il n'en eſt pas de même dans le dernier temps; parce que le grand diamètre du détroit inférieur eſt celui qui va du pubis à la pointe du coccix.

D. *Pourquoi cette poſition ſi ordinaire dans le dernier temps du travail, eſt-elle ſi rare à l'égard du détroit ſupérieur?*

R. On verra dans la ſuite comment la tête eſt forcée de prendre cette poſition au détroit inférieur; il faut expoſer le mécaniſme de l'accouchement pour le bien comprendre. Si l'occiput ſe trouve ſi rarement vers le pubis dans le premier temps du travail de l'accouchement, il faut l'attribuer à la forme du détroit ſupérieur, & à celle de la tête même, à la rondeur

(*a*) *Voyez* la Planche IX.

du front, à la convexité de la colonne lombaire & à la saillie de la base du sacrum, sur lesquelles il paroît difficile que le front reste deux instans de suite, par rapport à la mobilité de la tête, & de l'enfant même dans la matrice.

On peut expliquer de même pourquoi la sixième position est aussi rare que nous l'avons annoncée. L'occiput, encore plus arrondi que le front, ne pouvant rester plus long-temps que celui-ci appuyé sur la saillie du sacrum & la convexité de la colonne lombaire.

D. *Pourquoi les trois premières positions du sommet de la tête sont-elles plus favorables à l'accouchement que les trois dernières?*

R. Les deux premières sont plus favorables que les autres, en ce que le grand diamètre de la tête répond à l'un des plus grands du détroit supérieur, & que dans la suite du travail, l'occiput se porte sous l'arcade des os pubis, comme on le verra ci-après. La troisième position est également avantageuse, quand le détroit supérieur est d'une largeur ordinaire; 1°. parce que le petit diamètre de ce détroit est alors de quatre pouces & quelques lignes, & que le grand diamètre de la tête n'est pas plus étendu; 2°. parce que l'occiput se présente dans la suite à l'arcade des os pubis. La quatrième & la cinquième positions ne sont pas aussi favorables, quoique le

grand diamètre de la tête correſponde à l'un des plus grands du détroit ; parce que la face vient ſe préſenter à l'arcade du pubis dans le dernier temps du travail : ce qui rend l'accouchement plus difficile que dans les autres cas, & même impoſſible ſans les ſecours de l'art, quand le baſſin n'eſt pas très-ſpacieux relativement à la groſſeur de la tête.

D. *L'accouchement peut-il s'opérer par les ſeules forces de la femme, toutes les fois que la tête ſe préſente dans l'une des meilleures poſitions que vous venez d'aſſigner ?*

R. Non ; il peut devenir encore très-difficile, quoique le baſſin de la femme ſoit bien conformé. L'accouchement ſe fera naturellement, & pour l'ordinaire avec facilité, ſi la tête s'avance en préſentant de plus en plus la région de la fontanelle poſtérieure ; mais il ſe fera difficilement, ſi elle s'engage en préſentant la fontanelle antérieure, ou le haut du front, & comme en ſe renverſant ſur le dos de l'enfant.

D. *Comment peut-on juger de la poſition du ſommet de la tête à l'égard du détroit ſupérieur ?*

R. C'eſt la direction de la future ſagittale, & la ſituation des fontanelles, reſpectivement au baſſin même, qui nous en inſtruiſent. Trouve-t-on la fontanelle poſtérieure vers la cavité cotyloïde gauche, & l'antérieure au-devant de la ſymphiſe

facro-iliaque droite ; c'eſt la première poſition qui a lieu : ainſi des autres.

D. *Quelle eſt la marche que ſuit la tête de l'enfant en traverſant le baſſin, lorſqu'elle ſe préſente dans la première & dans la ſeconde poſitions ?*

R. Dans l'une & l'autre de ces poſitions, à meſure que la tête s'avance, elle préſente de plus en plus ſon extrémité occipitale, & la fontanelle poſtérieure en devient plus acceſſible au toucher. Cette fontanelle, dans le premier cas, paroît ſe dégager de deſſous la cavité cotyloïde gauche, & deſcendre derrière le trou ovalaire, juſqu'à ce qu'elle ſoit parvenue vers le milieu de la branche de l'iſchium : elle en fait autant vers le côté droit du baſſin, dans la ſeconde poſition.

Lorſque la tête a franchi le détroit ſupérieur, elle tourne comme ſur ſon axe au milieu de l'excavation du baſſin, de manière que l'occiput vient ſe placer ſous l'arcade du pubis (*a*) ; & s'y engage enſuite en s'avançant dans la vulve, & en s'élevant du côté du ventre de la femme, tandis que la face ſe dégage vers le bas de la vulve (*b*).

Auſſi-tôt que la tête eſt ſortie, la face ſe tourne un peu vers l'une ou l'autre

(*a*) *Voyez* la Planche IX.
(*b*) *Voyez* la Planche IX.

cuisse de la femme; une épaule paroît au-dessous du pubis, & l'autre au-devant du sacrum, pour se dégager au premier effort, ainsi que le reste du corps.

D. *Quelle est la marche que décrit la tête dans la troisième position?*

R. Dans cette position, la région occipitale descend le long de la symphise du pubis. A mesure que la tête s'engage, la fontanelle postérieure se rapproche du bord inférieur de cette symphise, & paroît ensuite vers le milieu de l'arcade. L'occiput alors s'avance dans la vulve en manière de coin, & continue de sortir en se relevant, comme à la suite des deux premières positions. Une des épaules se présente au-dessous du pubis & l'autre vers le bas de la vulve; & elles se dégagent de la même manière que dans les cas précédens.

D. *En quoi consistent les grands avantages de la marche que vous faites suivre à la tête dans ces trois premières positions?*

R. Ceux qui observeront cette marche pas à pas, remarqueront sans peine qu'elle est telle que, dans tous les instans du travail, la tête ne présente que ses plus petits diamètres, tant au détroit supérieur qu'au détroit inférieur, & qu'elle ne peut traverser le bassin d'une manière plus favorable: elle est tellement conforme au rapport des parties, que la tête ne sauroit s'en écarter sans que l'accouchement

n'en devienne difficile. C'eſt cette marche même que nous devons lui faire ſuivre, quand les circonſtances nous déterminent à opérer l'accouchement.

D. *Expliquez-nous en quoi la tête peut s'écarter de cette marche, & comment l'accouchement peut en devenir difficile.*

R. Il arrive quelquefois que la tête de l'enfant, en s'engageant dans le baſſin, ſe renverſe vers le dos, & que le menton, qui doit reſter ſur le haut de la poitrine juſqu'à l'inſtant où l'occiput paroît à l'arcade du pubis, s'en écarte dès le premier pas que la tête fait en avant; ce qui ne peut avoir lieu qu'elle ne préſente ſon plus grand diamètre de front à l'un de ceux du baſſin, & le plus ſouvent au plus petit du détroit inférieur (*a*), & que l'accouchement n'en ſoit plus difficile (*b*).

Pour répandre plus de jour ſur ce point de doctrine, prenons pour exemple la première poſition de la tête.

Lorſqu'elle s'engage de la manière dont nous parlons, la fontanelle poſtérieure ſemble s'éloigner, en remontant vers la cavité cotyloïde gauche; & la fontanelle antérieure ſe découvre de plus en plus vers le

(*a*) On entend ici le diamètre qui traverſe la tête depuis le menton juſqu'à la fontanelle poſtérieure.

(*b*) *Voyez* la Planche X.

bas de la symphise sacro iliaque droite, en se rapprochant du milieu du détroit inférieur, où elle se présente dans la suite. Le plus grand de tous les diamètres de la tête correspond alors à celui du bassin, qui va du trou ovalaire gauche à l'échancrure ischiatique droite; une épaule vient s'appuyer sur l'os pubis gauche, près la symphise, & l'autre s'arrête sur le côté gauche de la saillie du sacrum; de sorte que le corps de l'enfant paroît renversé & couché sur la fosse iliaque de ce même côté.

L'accouchement ne peut alors se faire naturellement, qu'autant que le bassin est très-grand, & la tête très-petite; & malgré ces conditions avantageuses, il est toujours extrêmement pénible pour la femme & pour l'enfant. Lorsque ces deux conditions ne se rencontrent pas, l'accouchement ne peut se terminer.

D. *Ne peut-on pas s'opposer à cette marche désavantageuse de la tête, & la déterminer à suivre celle qui est la plus naturelle?*

R. Oui, & il est même très-facile d'y parvenir, quand on s'apperçoit de bonne heure que la tête s'engage en se renversant vers le dos; il suffit presque toujours de faire coucher la femme sur le côté opposé à l'obliquité de la matrice. Quand cette précaution ne suffit pas pour ramener la tête à sa marche ordinaire, on soutient & on repousse le front de l'enfant

au moyen d'un doigt, même de deux, appliqués ſur le haut de cette partie.

D. Peut-on encore ramener la tête à ſa marche naturelle, quand elle s'eſt engagée profondément en ſe renverſant vers le dos ?

R. On le peut encore, & ſouvent on y trouve peu de difficulté. La première poſition nous ſervira d'exemple une ſeconde fois, pour rendre le procédé plus clair. La tête de l'enfant, dans cette poſition, ne ſuit ordinairement la marche défavorable dont il s'agit, qu'autant que la matrice eſt inclinée vers le côté gauche. Pour ramener alors la tête à ſa marche naturelle, on fera coucher la femme ſur le côté droit, afin que le fond de la matrice ſe porte & s'incline de ce côté ; puis au moyen de deux doigts de la main gauche introduits dans le vagin, on ſoutiendra, & on repouſſera même le front de l'enfant, juſqu'à ce que la fontanelle poſtérieure ſoit beaucoup plus baſſe que la fontanelle antérieure, & qu'elle réponde au trou ovalaire gauche. On obſervera de ne repouſſer ainſi le front de l'enfant que pendant la douleur, & chaque fois que cette douleur ſe répétera. On ſe conduira ſuivant les mêmes principes dans tous les autres cas : on fera coucher la femme ſur le côté oppoſé à l'obliquité de la matrice, & on repouſſera le front de l'enfant comme on vient de le preſcrire.

D. *Indiquez-nous la marche que ſuit la tête de l'enfant dans les quatrième & cinquième poſitions.*

R. L'occiput, placé vis-à-vis l'une des ſymphiſes ſacro-iliaques, deſcend le long de ces mêmes ſymphiſes, juſqu'à ce que la tête ſoit parvenue dans l'excavation du baſſin ; puis il ſe tourne, pour l'ordinaire, vers le milieu du ſacrum, tandis que le front ſe place derrière le pubis. La tête continuant d'avancer à chaque douleur, l'occiput ſuit le plan incliné que décrit la partie inférieure du ſacrum avec le coccix & le périnée ; de manière que la fontanelle poſtérieure vient ſe manifeſter au bas de la vulve. La tête de l'enfant franchit enſuite cette ouverture, en ſe renverſant vers l'anus de la femme (*a*) ; pendant que le front & la face ſe dégagent de deſſous la ſymphiſe du pubis, pour ſe tourner auſſi-tôt un peu obliquement vers l'une des cuiſſes. Les épaules ſe préſentent au détroit inférieur, comme dans les autres cas, & le traverſent de même.

D. *La tête ſuit-elle toujours cette marche lorſqu'elle ſe préſente dans les quatrième & cinquième poſitions ?*

R. Non : il arrive quelquefois que l'occiput, au lieu de ſe tourner vers le ſacrum, revient inſenſiblement vers le trou

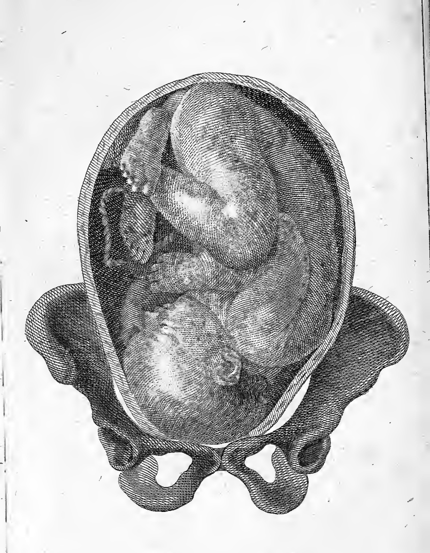
(*a*) *Voyez* la Planche XI.

ovalaire, & se rapproche de l'arcade du pubis, sous laquelle il se place dans la suite; de sorte que tout se passe alors comme dans les meilleures positions du sommet de la tête. Nous observerons qu'il n'est pas fort difficile de faire suivre cette direction avantageuse à l'occiput, toutes les fois qu'il se présente vers l'une des symphises sacro-iliaques : le doigt appliqué convenablement à la tête de l'enfant pouvant la diriger ainsi.

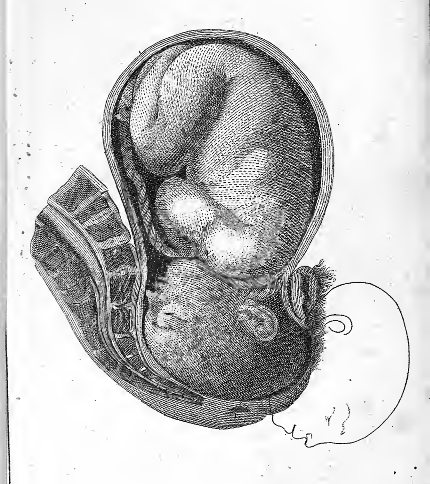
D. *Comment la tête de l'enfant traverse-t-elle le bassin lorsqu'elle se présente dans la sixième position ?*

R. L'occiput descend alors le long du sacrum, du coccix & du périnée, jusqu'à ce que la fontanelle postérieure soit parvenue au bas de la vulve ; & à mesure qu'il franchit celle-ci, il se renverse vers l'anus de la femme, tandis que le front & la face se dégagent de dessous le pubis, comme à la suite des quatrième & cinquième positions (*a*).

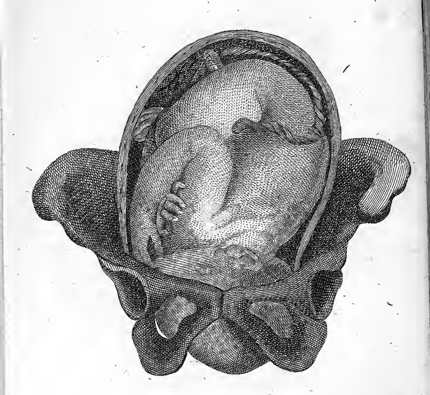
(*a*) Nous rappellerons que l'accouchement est constamment plus difficile dans ces trois dernières positions, où la face se présente sous le pubis vers la fin du travail, que dans les trois premières. Nous ajouterons, pour donner plus de force à ce que nous avançons à ce sujet, qu'une tête qui ne trouveroit, de la part du détroit inférieur, que les dimensions requises pour son passage, dans le cas où l'occiput se présente à



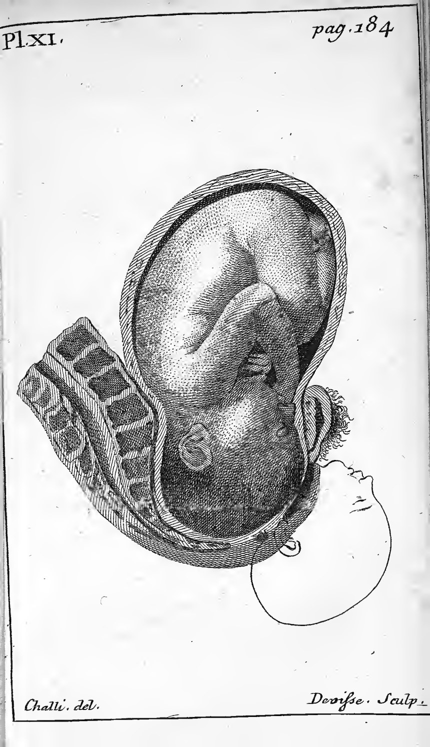
Challi. del. Duhamel. Sculp



Challi. del. *Devisse. Sculp.*



Challi. del. *Devisse. Sculp.*


Pl.XI.
pag.184
Chalt. del.
Devisse. Sculp.

EXPLICATION

DES PLANCHES VIII, IX, X & XI.

La Planche VIII repréſente l'enfant dans l'attitude la plus ordinaire, offrant le ſommet de la tête à l'orifice de la matrice, l'occiput tourné vers la cavité cotyloïde gauche.

La Planche IX repréſente l'enfant offrant la tête au détroit inférieur, & dans la poſition la plus ordinaire, vers les derniers temps du travail de l'accouchement, l'occiput étant placé ſous le pubis.

Le trait de la tête, qui eſt au dehors, indique de quelle manière & à quel point l'occiput s'élève au-devant du pubis de la femme, à meſure que la tête ſe dégage.

La Planche X offre l'attitude de l'enfant, lorſque ſa tête ſe renverſe ſur le dos, à meſure qu'elle s'engage dans le baſſin.

---

l'arcade du pubis, ne pourroit nullement traverſer ce détroit ſans les ſecours de l'Art, ſi la face étoit en deſſus.

Les parties extérieures de la génération doivent éprouver également plus de diſtenſion; & le périnée court bien plus de riſque de ſe déchirer.

La Planche XI repréſente ſpécialement la poſition que prend la tête à l'égard du détroit inférieur, à la ſuite des quatrième, cinquième & ſixième poſitions, décrites dans le texte.

Le trait de la tête qui eſt au dehors, indique à quel point elle ſe renverſe vers l'anus de la femme, en ſe dégageant complétement.

SECTION IV.

De l'accouchement dans lequel l'enfant préſente les pieds, conſidéré comme naturel.

D. *PEUT-ON ranger parmi les accouchemens naturels, celui où l'enfant préſente les pieds à l'orifice de la matrice?*

R. On peut le conſidérer comme tel, puiſque l'enfant dont les pieds ſe préſentent à l'orifice de la matrice peut naître auſſi naturellement que s'il venoit par la tête; ce que l'obſervation a prouvé mille fois. Nous remarquerons ſeulement que l'enfant peut être alors expoſé à quelques inconvéniens de plus que dans l'accouchement ordinaire.

D. *Dans quels cas peut-on livrer aux ſoins de la nature l'accouchement où l'enfant préſente les pieds?*

R. On le peut, & on le doit même, toutes les fois que la femme n'éprouve aucun accident fâcheux, que ſon baſſin eſt

bien conformé, que les autres parties qui ſervent à l'accouchement ſont bien diſpoſées, & que les pieds ſe préſentent dans une bonne poſition.

D. *A quels ſignes reconnoît-on que les pieds ſe préſentent, & de combien de manières peuvent-ils ſe préſenter?*

R. Les douleurs de l'accouchement ſuivant la même marche que dans tous les autres cas, l'orifice de la matrice ſe dilatant de même, & la poche des eaux ne prenant pas une forme différente, on ne peut être ſûr que ce ſont les pieds qui ſe préſentent, que quand on les a touchés.

Ils peuvent ſe préſenter de manière que les talons regardent le côté gauche du baſſin, & les orteils le côté droit: c'eſt la poſition la plus ordinaire.

Les talons peuvent répondre au côté droit du baſſin, & les orteils au côté gauche; c'eſt la poſition la plus fréquente après la première.

Les talons regardent quelquefois le pubis, & les orteils le ſacrum; ou bien ils répondent au ſacrum, & les orteils au pubis: mais ces deux poſitions ſont on ne peut plus rares.

D. *Eſt-il bien néceſſaire de s'aſſurer de la poſition des pieds à l'égard de l'orifice de la matrice?*

R. Cette précaution n'eſt pas des plus néceſſaires, les pieds pouvant ſe dégager

également dans toutes les positions possibles. Mais il est important d'observer la position dans laquelle les fesses, les épaules & la tête de l'enfant se présenteront dans la suite au détroit supérieur; parce qu'il n'est pas indifférent, pour la facilité de l'accouchement, que ces parties se présentent de telle ou telle manière; comme on a dû le remarquer, quand la tête même s'avance la première.

D. *Quelles sont les positions des pieds qui vous paroissent les meilleures, & pourquoi les regardez-vous comme telles ?*

R. Les deux premières positions que nous venons d'assigner sont non-seulement les plus ordinaires, mais encore les plus avantageuses; parce que la plus grande largeur des fesses, celle des épaules, & la longueur de la tête, répondront dans la suite à l'un des plus grands diamètres du détroit supérieur; le dos & l'occiput descendant alors derrière l'une ou l'autre des cavités cotyloïdes, la poitrine & la face vis-à-vis l'une des symphises sacro-iliaques.

D. *Faites-nous connoître de quelle manière l'enfant se dégage, quand les pieds se présentent dans la première position.*

R. Dans ce cas, comme dans tous les autres, si l'on ne dégage pas les pieds à l'instant où les eaux s'évacuent, ils ne peuvent descendre qu'autant que les fesses

de l'enfant sur lesquelles ils sont appuyés, s'avancent dans le bassin; ce qui ne se fait pas toujours sans quelques difficultés. Les pieds étant sortis, le tronc se dégage facilement jusqu'à ce que les aisselles touchent au détroit supérieur; mais sa marche alors se ralentit un peu, par rapport à la largeur des épaules, & à ce que les bras sont comme forcés dans ce moment de se relever vers le col & la tête. On remarque, dans la première position, que les fesses de l'enfant se présentent obliquement au détroit inférieur, de manière qu'une des hanches répond à la jambe droite de l'arcade des os pubis, & l'autre à l'échancrure ischiatique gauche; le dos étant situé sous la cavité cotyloïde & le trou ovalaire de ce dernier côté.

Les épaules traversent le détroit supérieur dans la même direction; & la base du crâne vient s'y présenter, de façon que l'occiput répond au-dessus de la cavité cotyloïde gauche, & la face vis-à-vis la symphise sacro-iliaque droite.

La tête poussée par de nouveaux efforts s'engage en présentant le menton de plus en plus vers le bas de la symphise sacro-iliaque & l'échancrure ischiatique droite. La face se porte ensuite dans la courbure du sacrum, & la nuque, ou le derrière du col, vient sous la symphise du pubis.

Après ce mouvement de rotation de la part de la tête, on obſerve, à chaque douleur, que le menton, & ſucceſſivement la bouche, le nez, le front & le ſommet de la tête ſe rapprochent du bas de la vulve; tandis que la nuque ſemble rouler ſur le bord inférieur de la ſymphiſe du pubis. C'eſt l'occiput qui ſe dégage le dernier dans cet accouchement.

A l'inſtant où la tête occupe la cavité du baſſin, on s'apperçoit que les bras ſont relevés ſur les côtés du col & la face. Ces extrémités ſe dégagent à meſure que la tête s'avance dans le détroit inférieur (*a*).

D. *Expliquez-nous comment s'opère la ſortie de l'enfant dans la ſeconde poſition des pieds.*

R. La ſortie de l'enfant ſe fait dans ce cas comme dans le précédent; le tronc & la tête exécutent les mêmes mouvemens, mais dans un ſens différent. Le dos deſcend le long de la partie latérale droite & antérieure du baſſin, & la poitrine vis-à-vis la ſymphiſe ſacro-iliaque gauche. La face, dans la ſuite, répond à cette ſymphiſe, & ſe tourne dans la courbure du ſacrum, dès que la tête a

(*a*) On remarque la même choſe à la ſuite des trois autres poſitions des pieds.

franchi le détroit ſupérieur ; après quoi le reſte s'exécute comme on l'a remarqué dans la première poſition.

D. *Comment s'opère la ſortie de l'enfant dans la troiſième poſition des pieds ?*

R. Dans cette poſition, il eſt rare que le dos de l'enfant, qui répond à la partie antérieure de la matrice, ne ſe détourne pas de deſſous la ſymphiſe du pubis, à meſure que les feſſes deſcendent ; & que celles-ci ne viennent pas ſe préſenter obliquement au détroit inférieur, comme dans la première, ou dans la ſeconde poſition, pour ſortir de même.

Soit que le tronc de l'enfant prenne cette poſition en deſcendant, ou qu'il ne la prenne pas, lorſque la baſe du crâne s'approche du détroit ſupérieur, la face qui ſemble appuyée ſur la convexité que décrivent les dernières vertèbres lombaires s'en détourne, & ſe porte vers l'un ou l'autre côté ; de ſorte que le menton répond dans la ſuite à l'une des ſymphiſes ſacro-iliaques, & l'occiput à la cavité cotyloïde oppoſée. Au moyen de ce changement de direction, la tête traverſe encore le baſſin, comme elle le fait dans la première, ou dans la ſeconde poſition des pieds.

D. *Il nous ſemble que la marche que vous faites ſuivre à la tête de l'enfant dans la troiſième poſition des pieds, n'eſt pas celle*

que la plupart des Auteurs lui ont assignée en pareil cas?

R. Il est vrai que ces Auteurs ont annoncé que la face de l'enfant descendoit alors directement en dessous; qu'elle devoit descendre constamment dans cette direction, & qu'il falloit la tourner ainsi toutes les fois qu'elle se présentoit différemment; mais ils paroissent n'avoir observé la position de la tête qu'à l'instant où elle franchissoit le détroit inférieur & la vulve. Quelques-uns des modernes, plus exacts, ont remarqué que la tête se présentoit différemment au détroit supérieur, & que la face se tournoit alors vers l'un des côtés de la saillie du sacrum; de sorte que la plus grande longueur de la base du crâne répondoit à l'un des diamètres obliques de ce détroit.

Si la face descendoit vis-à-vis la colonne lombaire, la tête, dans bien des cas, ne pourroit franchir le détroit supérieur; parce qu'elle présenteroit alors son grand diamètre au plus petit de ce détroit, & que le menton pourroit s'arrêter à la saillie du sacrum, comme on est dans l'opinion qu'il s'accroche quelquefois au rebord des os pubis, dans la position des pieds où la face vient en dessus.

D. *Dites-nous comment s'opère la sortie de l'enfant dans la position des pieds où les orteils répondent au pubis.*

R.

R. Quand on obſerve la marche de l'accouchement dans cette poſition des pieds, on remarque que la poitrine de l'enfant ſe détourne un peu de deſſous la ſymphiſe du pubis, à meſure que le tronc s'engage ; que les feſſes ſe préſentent obliquement au détroit inférieur, & le traverſent ainſi ; que dans la ſuite le menton ſe détourne également de deſſus la ſymphiſe du pubis, en ſe portant vers l'une des cavités cotyloïdes, & que l'occiput en fait autant à l'égard de la ſaillie du ſacrum, de ſorte que la longueur de la baſe du crâne répond encore à l'un des diamètres obliques du détroit ſupérieur.

C'eſt dans cette nouvelle poſition que la tête s'engage ; la face deſcend derrière la cavité cotyloïde & le trou ovalaire de l'un ou de l'autre côté, pour ſe tourner ſous le pubis ; tandis que l'occiput ſe porte de même dans la courbure du ſacrum.

Après ce temps, le menton commence à paroître au haut de la vulve, & la face ſe dégage inſenſiblement de deſſous le pubis ; pendant que la nuque, ou la partie poſtérieure du col, ſemble tourner ſur la commiſſure inférieure de la vulve, & que la tête ſe renverſe vers l'anus de la femme.

D. *La tête ſe dégage-t-elle avec autant*

de facilité dans ce cas, que dans celui où la face répond au ſacrum?

R. Non : pour quelle traverſe ainſi le détroit inférieur, il faut qu'elle ſoit d'une groſſeur médiocre relativement à ce détroit; elle ne pourroit le franchir dans cette poſition, s'il n'avoit que les dimenſions abſolument requiſes pour ſon paſſage, dans le cas où la face répond au ſacrum.

D. *La face de l'enfant ſe détourne-t-elle de deſſus la ſymphiſe du pubis, comme vous venez de le décrire, toutes les fois que les pieds ſe préſentent dans la quatrième poſition?*

R. Il arrive quelquefois, mais rarement, que la tête ne change pas de poſition en s'approchant du détroit ſupérieur; & la face alors s'engage derrière la ſymphiſe du pubis même, l'occiput étant vis-à-vis la ſaillie du ſacrum : mais la tête s'arrête bientôt, & ceſſe d'avancer, ſi le détroit ſupérieur n'eſt pas très-large de devant en arrière.

C'eſt le cas où l'on a cru que le menton de l'enfant s'accrochoit au rebord du pubis; & quand il s'accroche ainſi, les ſecours de l'art deviennent néceſſaires.

D. *La connoiſſance du mécaniſme de l'accouchement où l'enfant préſente les pieds eſt-elle d'une grande importance dans la pratique?*

R. La connoiſſance de ce mécaniſme eſt très-importante, puiſque nous devons l'imiter dans tous les cas où il convient

de retourner l'enfant, & de l'extraire par les pieds. C'eſt cette marche naturelle que nous venons de décrire, qu'il faut faire ſuivre à l'enfant dans tous ces cas : or, comment la lui faire obſerver, ſi on ne la connoît pas exactement ?

SECTION V.

Des accouchemens où l'enfant préſente les genoux & les feſſes.

D. L'ACCOUCHEMENT *où l'enfant préſente les genoux peut-il être encore regardé comme naturel ?*

R. On peut le regarder comme tel, lorſque l'enfant préſente les deux genoux, puiſqu'il peut alors s'opérer par les ſeules forces de la femme, preſque avec autant d'avantages & de facilité, que celui où les pieds ſe ſont engagés les premiers. Mais il eſt exceſſivement rare que les genoux ſe préſentent enſemble, & l'un d'eux, pour l'ordinaire, reſte appuyé ſur la marge du baſſin, tandis que l'autre s'avance un peu dans le col de la matrice : ce qui retarde de beaucoup les progrès de l'accouchement, & s'y oppoſe même quelquefois de manière à exiger les ſecours de l'art. On expoſera dans la ſuite ce que nous devons faire dans ce cas.

D. *Quelle eſt la marche que ſuit l'enfant en ſe dégageant du ſein de ſa mère, dans tous les cas où les genoux ſe préſentent?*

R. Il s'en dégage alors, en exécutant les mêmes mouvemens que s'il eût préſenté les pieds.

D. *Quel jugement doit-on porter de l'accouchement où l'enfant préſente les feſſes à l'orifice de la matrice?*

R. On peut encore admettre cet accouchement au nombre de ceux que nous avons appellé naturels: car l'obſervation a prouvé mille & mille fois qu'il pouvoit s'opérer ſans les ſecours de l'art.

D. *Dans quels cas peut-on confier aux ſoins de la nature l'accouchement où l'enfant préſente les feſſes?*

R. On doit le faire toutes les fois que la femme n'éprouve pas d'accidens graves, & n'en eſt pas menacée; toutes les fois que le baſſin eſt bien conformé, que l'enfant n'eſt que d'une groſſeur médiocre, que les feſſes ſont placées convenablement à l'égard du détroit ſupérieur, & qu'elles s'engagent aiſément après l'ouverture de la poche des eaux. La femme, dans tous ces cas, peut ſe paſſer de nos ſecours; & ſi nous preſcrivons dans la ſuite de lui en accorder quelques-uns, on ne doit pas les regarder comme d'une néceſſité indiſpenſable.

D. *Peut-on aiſément reconnoître que ce*

ſont les feſſes de l'enfant qui ſe préſentent à l'orifice de la matrice?

R. Il eſt ſouvent bien difficile d'en acquérir la connoiſſance avant l'ouverture de la poche des eaux; mais on le fait aiſément après l'écoulement de ce fluide. On trouve alors ſur l'orifice de la matrice, une partie volumineuſe, aſſez arrondie, aſſez ſouple au toucher, & diviſée par un ſillon d'une profondeur remarquable, dans lequel ſe trouve l'anus & les parties ſexuelles. La ſortie du méconium eſt un autre indice de la préſence des feſſes de l'enfant à l'orifice de la matrice.

D. *De quelles manières les feſſes peuvent-elles ſe préſenter à l'orifice de la matrice?*

R. Elles peuvent s'y préſenter de quatre manières différentes. Dans la poſition, qui eſt la plus ordinaire, le dos de l'enfant répond à la partie antérieure & latérale gauche de la matrice, au-deſſus de la cavité cotyloïde; & la poitrine, ainſi que la face, ſont au-deſſus de la ſymphiſe ſacro-iliaque droite.

Dans la deuxième poſition, le dos ſe trouve ſous la partie antérieure & latérale droite de la matrice, au-deſſus de la cavité cotyloïde, & la poitrine répond à la partie poſtérieure & latérale gauche.

Dans la troiſième, le dos eſt ſitué ſous la partie antérieure de la matrice, au-deſſus de la ſymphiſe du pubis, & la

poitrine, ainſi que la face, regardent la partie poſtérieure de ce viſcère.

Dans la quatrième, la poitrine & la face ſont au-deſſus du pubis, & le dos répond à la partie poſtérieure de la matrice.

D. *Ces quatre poſitions ſont-elles également favorables à l'accouchement ?*

R. Non : la première & la ſeconde ſont les meilleures, mais la troiſième, & ſurtout la quatrième, ne peuvent paſſer pour être très-favorables.

D. *Indiquez-nous ſuccinctement comment s'opère l'accouchement où l'enfant préſente les feſſes dans l'une des deux premières poſitions.*

R. Dans l'un & l'autre cas, les feſſes de l'enfant s'engagent en offrant leur plus grande largeur à l'un des diamètres obliques du détroit ſupérieur, & elles viennent ſe préſenter au détroit inférieur, de manière qu'une des hanches paſſe ſous la ſymphiſe du pubis, & l'autre vers le bas de la vulve. En ſortant dans cette direction, elles ſe relèvent vers le mont de Vénus, & le tronc de l'enfant ſemble ſe recourber en manière d'arc au-devant du pubis de la mère.

A meſure que les feſſes s'avancent ainſi, les cuiſſes de l'enfant s'appliquent étroitement ſur ſon ventre, & les jambes s'alongent vers le devant de ſa poitrine, ſur

laquelle les pieds ſe trouvent appuyés dans la ſuite ; de ſorte qu'ils ne ſe dégagent que lorſque le corps eſt preſque entiérement dehors. Après ce temps, le reſte de l'accouchement s'opère comme nous l'avons décrit en parlant de la première & de la ſeconde poſitions des pieds.

D. *Dites-nous de quelle manière ſe fait la ſortie de l'enfant dans les troiſième & quatrième poſitions des feſſes.*

R. Dans l'une de ces poſitions, le dos de l'enfant deſcend aſſez ordinairement derrière le pubis de la mère, de manière que les feſſes viennent préſenter leur plus grande largeur à l'arcade de ces mêmes os : ce qui rend leur paſſage à travers le détroit inférieur plus difficile que dans les poſitions précédentes.

Dans la quatrième poſition, ce ſont les cuiſſes & les jambes de l'enfant, appuyées ſur le ventre & ſur la poitrine, qui deſcendent le long du pubis de la mère ; & les feſſes éprouvent encore plus de difficultés à ſe dégager complétement que dans le troiſième cas. Après la ſortie du tronc, l'accouchement s'opère comme on l'a décrit à l'occaſion des troiſième & quatrième poſitions des pieds.

❋

CHAPITRE VII.

Des soins qu'on doit donner à la femme pendant l'accouchement, & de ceux qu'exige l'enfant immédiatement après sa naissance.

D. QUELS *sont les soins qu'on doit avoir pour la femme pendant le travail de l'enfantement ?*

R. La nature des secours qu'on doit porter à la femme pendant le travail ne peut être déterminée que par les circonstances que présente ce même travail. On observera d'abord pendant quelques instans, la marche des douleurs, & on pratiquera le toucher; 1°. pour s'assurer si ces douleurs sont celles de l'accouchement, ou si elles ne proviendroient pas d'une autre cause; 2°. pour apprécier le temps de la grossesse, la femme ayant pu se tromper sur ce temps, & se croire à terme, lorsqu'elle en est encore éloignée; 3°. pour reconnoître le degré d'ouverture & la situation du col de la matrice, ainsi que la conformation du bassin, & la manière dont l'enfant se présente. Ce n'est qu'au moyen de ces connoissances qu'on peut se tracer un plan de conduite raisonné. S'il est des

cas où la nature ſe ſuffiſe pour opérer l'accouchement ſans aucun aide, & dans leſquels la principale fonction de l'Accoucheur ne conſiſte, rigoureuſement parlant, qu'à ſoutenir le courage de la femme ; il en eſt auſſi où l'on peut procurer une délivrance plus prompte, plus facile & plus heureuſe ; d'autres enfin où, ſans nos ſecours, la mère & l'enfant ſuccomberoient aux efforts impuiſſans de la nature : le toucher ſeul peut nous faire diſtinguer tous ces cas.

SECTION PREMIÈRE.

Des choſes auxquelles l'Accoucheur doit donner toute ſon attention dès le commencement du travail de l'accouchement.

D. *A QUELS ſignes diſtinguera-t-on les vraies douleurs de l'enfantement de celles qui lui ſont étrangères ?*

R. Ces ſignes ayant été expoſés ci-devant, nous ne ferons que les retracer ici.

Pendant la durée de chaque douleur qui appartient à l'accouchement, le bord de l'orifice de la matrice ſe roidit & ſe durcit ; les membranes du fœtus ſoumiſes au toucher ſe tendent, & ſont pouſſées légérement en avant ; & après la douleur, toutes ces parties ſe relâchent, &

reviennent à leur premier état. On découvre, au moyen d'une main placée fur le ventre de la femme, que le corps de la matrice fe durcit de même pendant la douleur, & redevient plus fouple après.

Les douleurs qui font étrangères à l'accouchement ne produifent aucun de ces changemens dans l'état de la matrice.

D. *Eft-il bien néceffaire de s'affurer du terme de la groffeffe, lorfqu'on eft certain que les douleurs font celles de l'accouchement?*

R. Il eft très-néceffaire de s'en affurer, parce que le travail a pu s'établir prématurément, qu'il peut être l'effet d'une caufe accidentelle, qu'il eft alors poffible de le calmer, & de mettre la femme dans le cas de parcourir heureufement les derniers périodes de la groffeffe; comme on l'a fouvent obfervé. Quels reproches l'accoucheur n'auroit-il pas à fe faire, s'il cherchoit à favorifer les progrès d'un pareil travail, au lieu de s'occuper des moyens de rétablir le calme! Sa conduite ne feroit-elle pas une forte d'attentat contre la vie de l'enfant, d'autant plus chancelante encore, que cet enfant eft alors plus éloigné du terme de fa maturité (*a*)?

(*a*) Nous parlerons de ces efpèces de faux-travail, en traitant de l'avortement.

D. *A quels ſignes reconnoîtrons-nous donc que la groſſeſſe eſt à ſon terme, & que le travail eſt réellement celui de l'accouchement ?*

R. La groſſeſſe peut être à ſon terme, quoique ſouvent éloignée du neuvième mois, & le travail qui ſubſiſte alors eſt ſelon le vœu de la nature, toutes les fois que le col de la matrice eſt complétement développé, que l'orifice eſt dilaté & que le bord en eſt ſouple & mince : quelque choſe que l'on faſſe alors, on ne pourra point arrêter les progrès du travail, ſi ce n'eſt peut-être momentanément, & l'accouchement aura lieu.

D. *Pourquoi eſt-il ſi néceſſaire de faire attention à la ſituation du col de la matrice, à l'état de ſon orifice, à la conformation du baſſin, & à la manière dont l'enfant ſe préſente dès les premiers temps du travail ?*

R. On doit obſerver, 1°. quelle eſt la ſituation du col de la matrice, afin de preſcrire de bonne heure à la femme la poſition qui lui convient, celle qui peut la mettre dans le cas de tirer le plus d'avantage de ſes douleurs ; car cette poſition ne doit pas être la même dans tous les cas (*a*).

On doit obſerver, 2°. quel eſt l'état

(*a*) *Voyez* l'article où l'on parle de la poſition de la femme qui eſt en travail.

de l'orifice, s'il se dilate facilement, si son bord est souple & mince, si les douleurs sont fréquentes & fortes, si le bassin est bien conformé, & comment l'enfant se présente, afin d'asseoir son jugement sur la durée du travail nécessaire à l'accouchement, & sur la manière dont il se terminera; car il doit s'opérer d'autant plus promptement & plus facilement, que toutes ces choses se présenteront plus favorablement.

SECTION II.

Du régime & des remèdes généraux qu'il convient de prescrire dans le cours du travail.

D. *Indiquez-nous le régime qu'on doit faire observer à la femme pendant le cours de son travail.*

R. Ce régime doit être différent, selon que le travail est plus ou moins violent, & qu'il doit se soutenir plus ou moins de temps pour opérer l'accouchement. On ne permettra aucune espèce d'alimens, lorsque le travail sera de grands progrès, & que l'accouchement sera au moment de se terminer; mais on soutiendra les forces de la femme par quelques tasses de bouillon, même par de légers potages, si

les douleurs ne font que commencer, ſi elles ſe répètent rarement & avec peu de violence; en un mot, ſi le travail doit être long ſans être pénible.

On ne permettra dans aucun cas l'uſage des liqueurs ſpiritueuſes, telles que l'eau-de-vie, l'eau des Carmes, &c. même du vin chaud avec la cannelle; comme on en donne ſi fréquemment encore aux femmes du peuple, à deſſein de les fortifier, & d'animer leur travail. Ces liqueurs raréfient le ſang, augmentent ſon mouvement, développent la chaleur, diſpoſent la femme à l'hémorrhagie, ainſi qu'à d'autres accidens. Cet uſage ne ſauroit être toléré qu'à l'égard d'un très-petit nombre de femmes, qui ont beſoin de légers cordiaux : alors on doit préférer quelques cuillerées de bon vin rouge.

La boiſſon ordinaire des femmes en travail doit être tempérante & rafraîchiſſante. Ce ſera de l'eau de chiendent, de l'eau commune avec du ſucre, ou avec quelques ſyrops, tels que celui de limon, de verjus, de groſeilles, &c. Le vin avec de l'eau convient moins que ces boiſſons; parce qu'il s'aigrit dans l'eſtomac, & excite le vomiſſement, auquel la violence du travail n'expoſe que trop certaines femmes.

On obſervera qu'il n'y ait dans la chambre de la femme que les perſonnes abſo-

lument néceſſaires ; pour qu'il s'y faſſe moins de bruit, que l'air n'en ſoit pas trop raréfié & trop chargé de vapeurs animales. On y fera peu de feu, même en hiver, pour prévenir les mêmes inconvéniens ; & on ouvrira une croiſée, ou la porte, de temps en temps, pour que l'air puiſſe ſe renouveller.

D. *Quels ſont les remèdes généraux qu'on doit employer dans le cours du travail de l'accouchement ?*

R. Il eſt preſque toujours utile de faire adminiſtrer un lavement dans le commencement du travail, & même deux, ſi la femme n'a pas été à la ſelle depuis quelque temps ; afin d'évacuer les matières durcies & amoncelées dans les gros inteſtins. On emploiera à cet effet l'eau commune, la décoction de graine de lin, ou celle des herbes émollientes.

Il n'eſt pas moins ſalutaire de répéter les lavemens, quand le travail dure longtemps ; pour calmer la chaleur & l'irritation qu'éprouvent alors les entrailles.

La ſaignée du bras paroît indiſpenſable, en certains cas, même celle du pied ou de la gorge. On la fera faire du bras toutes les fois que le travail ſera long, que les douleurs ſe ſuccéderont avec force & ſans beaucoup de ſuccès, que le ventre de la femme ſera douloureux au toucher, qu'elle éprouvera beaucoup de chaleur vers les

reins ; que les parties seront sèches, sensibles & chaudes ; que le pouls sera plein, robuste & accéléré ; que la face sera rouge & animée, la tête pesante & douloureuse ; qu'il y aura de l'engourdissement dans les membres, & une grande propension au sommeil dans l'intervalle des douleurs, sans qu'on puisse l'attribuer au besoin réel de dormir. Si tous ces symptomes ne cèdent pas à une première saignée, il conviendra de la réitérer quelque temps après.

La saignée du pied & celle de la gorge ne doivent être prescrites que par des personnes éclairées, & d'après des circonstances plus graves que celles dont nous venons de parler ; telles que des convulsions avec perte de connoissance, l'apoplexie, &c.

Les bains, en bien des cas, ne sont pas moins utiles que la saignée ; mais on ne doit les employer qu'après celle-ci, dans quelques-unes des circonstances énoncées. Ils conviennent sur-tout aux femmes qui sont d'une constitution sèche & irritable ; à celles dont les parties naturelles sont étroites, rigides & peu humectées ; à celles dont le ventre est sensible au toucher, & chez lesquelles les douleurs sont aiguës & fréquentes, sans avancer beaucoup la besogne. Les demi-bains & les bains de fauteuil, peuvent tenir lieu de bains entiers dans presque tous ces cas.

Comme les femmes de la campagne ont rarement les moyens de se baigner, & qu'elles sont privées de cette ressource, on y suppléera par des fomentations émollientes, tant sur le bas-ventre que sur les parties naturelles, ainsi que par des injections dans le vagin. Ces fomentations & ces injections se feront avec la décoction de graine de lin, ou de racine de guimauve, si on ne peut se procurer les plantes suivantes.

♃ Mauves, Guimauves, Pariétaire, Mercuriale, Bouillon blanc,	de chacune une poignée; qu'on fera bouillir pendant un quart-d'heure dans quelques pintes d'eau.

Indépendamment des fomentations & des injections prescrites, on peut user de cette décoction de la manière suivante. On la mettra dans un bassin dont l'entrée sera très-large, & la femme s'asseyera dessus, pour en recevoir la vapeur. Il vaudroit mieux encore qu'elle soit assise sur ce bassin, de manière que les parties trempent dans la liqueur même.



SECTION III.

Du lit & des choſes néceſſaires pour l'accouchement.

D. QUELLES *ſont les choſes qui peuvent être utiles pendant, ou immédiatement après l'accouchement, & qu'il convient de ſe procurer avant ?*

R. Il convient d'avoir, pour ainſi dire ſous la main, 1°. les linges néceſſaires, tant pour la mère que pour l'enfant, ce que l'on appelle communément *layette ;* 2°. de quoi conſtruire le lit de travail, & du linge ſuffiſamment pour y tenir la femme proprement ; 3°. des ciſeaux pour couper le cordon ombilical, & des cordonnets de fils, longs de ſept à huit pouces, pour le lier ; 4°. de la pommade douce, de l'huile ou du beurre, pour oindre le doigt, toutes les fois qu'il ſera néceſſaire de toucher, ainſi que les parties de la femme, quand elles ſeront sèches & rigides ; 5°. de l'eau commune pour ondoyer l'enfant au cas de danger éminent ; de l'eau-de-vie, du vin ou du vinaigre, pour le ranimer, s'il venoit dans un état de foibleſſe, &c. ; de même que pour la mère, s'il lui ſurvenoit des défaillances ou une perte.

D. *Ne pourroit-on pas se dispenser de ce que vous appellez* lit de travail ?

R. On peut à la rigueur, s'en dispenser, puisqu'il n'est en usage encore que chez peu de Nations, & qu'en France même on ne s'en sert, pour ainsi dire, que dans les Villes. Parmi les femmes de la campagne, les unes accouchent debout, se faisant soutenir par un homme assez robuste ; les autres étant assises sur le bord d'une chaise, ayant le corps un peu renversé sur le dos de celle-ci ; ou bien étant agenouillées sur un carreau ou coussin, s'appuyant des coudes sur une chaise ordinaire.

Chez quelques Nations, on a des chaises plus compliquées, qui ne sont destinées qu'aux accouchemens. Mais on ne trouve dans aucune de ces positions, ni la commodité, ni les avantages que procure le petit lit ; & il seroit à souhaiter que son usage devînt plus général. La femme est plus commodément sur ce lit ; elle peut y faire valoir ses douleurs plus efficacement & plus sûrement ; la position qu'elle garde alors l'expose à moins d'inconvéniens que les autres, & l'application des secours de l'art s'en fait plus facilement.

D. *Comment prépare-t-on ce lit ?*

R. On préfère un lit-de-sangle à tout autre, & à son défaut, une couchette ordinaire. On y place deux matelas ; le

premier dans toute ſa longueur, & le ſecond plié de manière qu'il ne deſcende qu'à la moitié de ce lit. On le garnit de pluſieurs alaiſes, ou draps pliés en quarrés longs; on y ajoute un traverſin, des draps, une couverture & un oreiller, comme pour un lit ordinaire; & pluſieurs attachent à ſon extrémité une traverſe de bois pour appuyer les pieds de la femme.

Lorſqu'on prépare ce lit différemment, & qu'on ne replie pas le ſecond matelas comme nous venons de le recommander, il faut placer ſous ce matelas & au milieu du lit, un couſſin épais & ſolide, pour le rendre plus ferme & le relever en cet endroit, de manière que les feſſes de la femme ne puiſſent s'y enfoncer profondément; ce qui nuiroit à la ſortie de l'enfant, & rendroit d'une application plus difficile les ſecours qu'il convient ſouvent d'adminiſtrer dans ce dernier temps du travail.

Les femmes indigentes, comme le ſont la plupart de celles de la campagne, ne peuvent ſe procurer toutes ces commodités : mais elles ont toutes des paillaſſes & un lit. On les accouchera ſur le bord de celui-ci, diſpoſé & garni de manière qu'elles ne ſoient pas obligées d'en deſcendre après leur délivrance pour le refaire.

D. *Quel eſt le temps du travail où il*

convient de faire mettre la femme ſur ce lit ?

R. La plupart ne ſe mettront ſur ce lit qu'autant que les douleurs ſeront fréquentes & fortes, & que le travail ſera prêt à ſe terminer ; à moins qu'elles ne deſirent s'y placer plutôt, pour leur plus grande commodité.

Les femmes délicates & foibles ; celles qui ſont menacées d'accidens, comme perte de ſang, deſcente de matrice, &c., doivent être couchées pendant tout le travail.

Celles dont la matrice eſt ſituée très-obliquement ſe placeront auſſi de meilleure heure ſur le lit ; & elles y garderont une poſition différente, ſelon l'eſpèce d'obliquité que préſentera la matrice. Elles ſe tiendront couchées ſur le dos, quand la matrice ſera inclinée en devant, & que le ventre tombera ſur les cuiſſes ; elles ſe coucheront ſur le côté gauche, lorſque l'obliquité ſera du côté droit ; & ſur le côté droit, quand l'obliquité ſera du côté gauche. Toutes ces femmes ſe mettront ſur le dos dans le dernier moment de l'accouchement, & elles obſerveront de ſe tenir le ſiège un peu élevé.

Elles ſeront couvertes au moins d'un drap, quand il fera chaud ; & de plus d'une bonne couverture, ſi c'eſt en hiver. La

décence exige qu'on les accouche ainſi à couvert.

On leur recommandera de relever les genoux, & de les écarter médiocrement pendant chaque douleur; & lorſqu'elles ſeront obligées de pouſſer en en bas, ou de faire des efforts, deux perſonnes, ou une ſeule, fixeront les pieds, & appuieront les genoux, tandis que la femme s'accrochera des mains au bord des matelas, pour y trouver un autre point d'appui. La femme ne doit avoir aucune ligature ſur le corps, ni jarretières, ni collier, dans le temps où elle eſt obligée de ſe livrer à de grands efforts.

D. *Doit-on approuver l'uſage trop général encore, de faire marcher la femme, de la tenir debout, de la traîner en quelque ſorte, en la tenant ſous les bras, juſqu'au dernier moment du travail?*

R. Non : on ne doit point approuver cet uſage. On permettra à la femme de ſe promener dans la chambre autant qu'elle le deſire, quand les circonſtances n'exigent pas qu'elle reſte au lit; mais il y a autant d'inhumanité que d'ignorance, à la traîner par la chambre & à la faire marcher juſqu'au dernier moment, uniquement dans la vue d'augmenter ſes douleurs & d'accélérer l'accouchement.

SECTION IV.

Des ſecours dont la femme peut avoir beſoin dans les derniers temps de l'accouchement.

D. QUELS *ſont les ſecours qui peuvent être néceſſaires dans les derniers temps du travail?*

R. Ces ſecours ſe réduiſent encore à très-peu de choſe, lorſque tout ſe paſſe de la manière la plus ordinaire & la plus avantageuſe. On touchera la femme de temps à autre ſeulement, pour juger des progrès du travail, & de la marche de la tête de l'enfant. On évitera de le faire trop ſouvent, & ſur-tout de ne jamais porter pluſieurs doigts ſans néceſſité dans le vagin. Ces attouchemens fréquens & ſans méthode, ſont non-ſeulement inutiles, mais encore nuiſibles; ils irritent & deſſèchent les parties, en les dépouillant des mucoſités deſtinées à les lubrifier; ils rendent ces parties douloureuſes, les diſpoſent à l'inflammation, & retardent l'accouchement. Il faut toucher avec ſoin, & ne jamais porter le doigt, qu'on ne l'ait bien enduit de beurre, ou de tout autre corps gras.

D. *N'eſt-on pas quelquefois obligé d'ouvrir la poche des eaux?*

R. Il eſt des cas, en effet, où les membranes ſont ſi denſes & ſi fortes, qu'elles ne peuvent s'ouvrir d'elles-mêmes, & qu'en réſiſtant trop long-temps aux efforts de l'accouchement, elles le retardent ſinguliérement. On doit les déchirer dans ces ſortes de cas, & faire écouler les eaux; mais il faut choiſir le moment favorable. Il y aura toujours moins d'inconvéniens à différer l'ouverture de la poche des eaux, que de le faire prématurément.

D. *Quel eſt donc l'inſtant où l'on doit ouvrir la poche des eaux?*

R. On ne le fera qu'autant que les douleurs ſe ſoutiendront avec force, & ſe répéteront ſouvent; que l'orifice de la matrice ſera bien dilaté, & ſon bord d'ailleurs aſſez ſouple pour qu'il puiſſe ſe dilater encore davantage, ſi les circonſtances l'exigent. En procurant alors une iſſue aux eaux, les douleurs en deviendront plus expulſives, & l'accouchement ſe terminera plutôt.

Ce n'eſt que dans un cas de perte abondante, qu'il eſt permis d'ouvrir la poche des eaux avant le temps que nous venons d'aſſigner; comme nous l'obſerverons dans la ſuite.

D. *Comment doit-on ouvrir la poche des eaux?*

R. On introduit le doigt dans l'orifice de la matrice juſqu'aux membranes; on attend

qu'elles ſoient fortement diſtendues, ce qui n'a lieu que dans la violence de la douleur, & on les crève, ou bien on les déchire, en appuyant de l'extrémité de ce doigt.

Lorſqu'on ne peut les déchirer dans une première douleur, on en attend une ſeconde, puis une troiſième, pour faire de nouvelles tentatives, juſqu'à ce que l'on y ſoit parvenu.

D. *Eſt-il toujours poſſible d'ouvrir la poche des eaux de cette manière?*

R. Non : il y a des cas où l'on ne peut y parvenir, ſoit parce que les membranes ſont trop épaiſſes, trop denſes ou trop celluleuſes, ſoit parce qu'elles ne ſe diſtendent pas aſſez pour ſe crever contre le bout du doigt qu'on leur oppoſe.

Dans le cas où les membranes ſont épaiſſes, celluleuſes, & ne ſe diſtendent pas aſſez dans la violence de la douleur, pour qu'on puiſſe les déchirer comme on vient de le recommander, on doit les affoiblir en les raclant du bout de l'ongle; & après avoir diminué leur épaiſſeur, on les crève à l'ordinaire.

Quand elles ſont ſi dures & ſi compactes, qu'elles réſiſtent au doigt comme aux efforts de l'accouchement, quelques bonnes femmes ſont dans l'uſage de les ouvrir avec un grain de ſel adapté, nous ne ſavons comment, à l'extrémité du doigt; ou bien avec une pièce de mon-

noie,

noie, connue sous le nom de *six liards ;* d'autres se servent de la pointe de leurs cifeaux.

Si les membranes étoient assez dures pour qu'on ne puisse les percer avec le doigt dirigé convenablement, on attendroit que la poche des eaux se fût engagée jusqu'à l'entrée du vagin, ce qui arrive toujours un peu plutôt ou un peu plutard ; & si l'on ne pouvoit alors la pincer de l'extrémité du pouce & de l'index pour la déchirer, on l'ouvriroit avec la pointe des cifeaux.

Ceux qui ont souvent employé le grain de sel, la pièce de monnoie ou les cifeaux, pour ouvrir les membranes, ont manqué de méthode dans les tentatives qu'ils avoient faites au moyen du doigt seul ; car il est bien rare qu'on ne puisse y parvenir de cette manière.

D. *En admettant qu'il y ait des cas où il faille se servir d'instrumens pour ouvrir les membranes, quelles sont les précautions qu'il faut prendre pour ne pas blesser la femme ou l'enfant ?*

R. Il faut bien prendre garde, dans ces sortes de cas, de ne porter l'instrument que sur les membranes. Des personnes peu instruites pourroient, en quelques occasions, le porter sur l'enfant même, ou sur quelques parties de la mère, si elles

n'y faiſoient pas la plus grande attention : voici quelles ſont ces occaſions.

1°. Les membranes s'ouvrant d'elles-mêmes dans le cours du travail, laiſſent quelquefois échapper ſi peu d'eau, qu'on a peine à ſe perſuader qu'elles ſe ſoient ouvertes. Si la tête de l'enfant s'engage difficilement alors, le cuir chevelu ſe tuméfie, dépaſſe bientôt du côté du vagin le bord de l'orifice de la matrice, & forme une tumeur liſſe, tendue & élaſtique, qui a quelque reſſemblance avec la poche des eaux, & ſur laquelle on pourroit agir du bout de l'ongle, ou de la pointe des ciſeaux, ſi l'on n'y prenoit pas garde.

2°. D'autres fois la tête de l'enfant engagée dans le baſſin s'y trouve comme enveloppée par la partie antérieure & inférieure de la matrice, qu'elle a pouſſée au-devant d'elle ; tandis que l'orifice eſt reſté fort en arrière du côté du ſacrum, & qu'on ne peut y atteindre que difficilement. Des perſonnes peu attentives peuvent encore prendre cette eſpèce de coëffe pour les membranes, & s'efforcer de la déchirer, ſoit au moyen de l'ongle, ſoit autrement.

Pour ſe mettre à couvert de pareilles fautes, il eſt important de bien s'aſſurer de l'état du col de la matrice, & de promener le doigt ſous le bord de l'orifice,

avant d'eſſayer de percer ou de déchirer les membranes.

D. *Que faut-il faire lorſque les douleurs ſe ralentiſſent & s'affoibliſſent dans le cours du travail, au lieu d'augmenter graduellement; ſoit avant, ſoit après l'ouverture de la poche des eaux?*

R. Le parti le plus ſage & le plus conforme au vœu de la nature, eſt d'attendre que le travail ſe ranime de lui-même. La femme a beſoin de repos, il faut lui en accorder; la matrice eſt laſſe d'agir, il convient qu'elle répare ſes forces. Nous avons déjà proſcrit l'uſage des liqueurs ſpiritueuſes, & des élixirs, qu'on donne aux femmes pour animer leur travail, nous condamnerons de même toutes eſpèces de potions médicinales; ainſi que les lavemens irritans, compoſés d'eau & de vinaigre, d'une diſſolution de ſel marin, d'urine pure, ou de décoction de ſené, qu'on adminiſtre encore ſi ſouvent. Des frictions légères, faites avec la main ſur le ventre de la femme, & des ſerviettes chaudes appliquées ſur cette partie; voilà tout ce qu'il eſt permis de faire pour ranimer les douleurs languiſſantes, après que l'on a accordé le repos néceſſaire.

D. *Quelle eſt la conduite que doit tenir l'Accoucheur après l'ouverture de la poche des eaux, quand le travail ſe ſoutient avec force?*

R. On touchera la femme de nouveau, pour s'aſſurer de la poſition de l'enfant, & de la direction ſelon laquelle la tête s'engage, ſi c'eſt elle qui ſe préſente. Quand les choſes ſont bien diſpoſées, on laiſſe agir la nature, on encourage la femme, & on l'excite à faire quelques efforts pendant les douleurs. Lorſque l'enfant ſe préſente différemment, on profite de l'inſtant où les eaux s'écoulent, pour le retourner comme il convient.

D. *Doit-on exciter toutes les femmes à faire valoir leurs douleurs, c'eſt-à-dire, à faire des efforts dans le moment dont il s'agit?*

R. Non : ſi la plupart des femmes peuvent alors exercer ces efforts ſans inconvéniens; ſi elles peuvent les proportionner à l'état de leurs forces, & au deſir qu'elles ont de ſe délivrer; il en eſt quelques-unes auxquelles on doit interdire ces efforts, ou du moins recommander de les modérer, parce qu'ils pourroient leur devenir nuiſibles.

D. *Quelles ſont les femmes qui ne peuvent, ſans inconvéniens, exercer de pareils efforts, ou qui feroient bien de les modérer?*

R. Ce ſont celles qui ont des deſcentes habituelles, ſoit de l'ombilic, ſoit des aînes; celles dont le col de la matrice pourroit être pouſſé au-dehors avec la tête de l'enfant; celles qui ſont ſujettes

au crachement ou au vomiſſement de ſang ; celles en qui on ſoupçonne des anévriſmes cachés ; celles qui ſe plaignent d'avoir la tête lourde & douloureuſe, & qui ſont menacées de coup de ſang ; parce que d'auſſi violens efforts dans tous ces cas, peuvent avoir des ſuites fâcheuſes. Il ſeroit même avantageux que les femmes dont nous venons de faire mention n'en exerçaſſent aucun ; mais comme elles ne peuvent s'en abſtenir, elles ne doivent en faire que de légers : elles ſe délivreront plus lentement, mais elles le feront plus ſûrement.

D. *Que faut-il faire quand il exiſte une de ces deſcentes dont vous parlez, de même que dans le cas où la femme eſt menacée de celle de la matrice, dans le cours du travail de l'accouchement ?*

R. Il faut réduire la deſcente, quand elle peut être réduite, & appliquer ſur l'endroit même une petite pelote de linge, qu'on ſoutiendra de pluſieurs doigts pendant les efforts de la femme, pour que la deſcente ne reparoiſſe pas. Quand on ne peut réduire la deſcente, on recommande à la femme de ne faire que de légers efforts, pour que la tumeur ne s'augmente pas.

Lorſqu'on s'apperçoit que le col de la matrice eſt pouſſé très en avant par la

tête de l'enfant, on le ſoutient de pluſieurs doigts introduits à l'entrée du vagin, & convenablement écartés, juſqu'à ce que la tête l'ait traverſé.

D. *Quelles ſont les attentions qu'on doit avoir quand la tête de l'enfant eſt parvenue dans le fond du baſſin?*

R. On s'occupe ſpécialement en ce moment, de ce que l'on appelle vulgairement la *préparation des parties.* On porte ſouvent des corps gras à l'entrée du vagin, & on en enduit extérieurement le périnée, ainſi que les bords de la vulve. On peut encore appuyer d'un doigt bien graiſſé, introduit à l'entrée du vagin, ſur la commiſſure inférieure des grandes lèvres, comme pour élargir le paſſage; mais on ne le fera qu'avec ménagement, & feulement dans l'intervalle des douleurs, ou des efforts qu'exerce la femme.

On recommande à la femme de ne faire ces efforts qu'en ſoulevant un peu les feſſes, & en les écartant du lit, dans l'épaiſſeur duquel elles ſont preſque toujours enfoncées, de manière que la vulve ne ſauroit s'ouvrir au paſſage de la tête de l'enfant. Si la femme n'eſt pas aſſez forte, ou aſſez courageuſe pour ſe ſoulever d'elle-même dans le temps de la douleur, deux perſonnes la ſouleveront un peu au moyen d'une ſerviette pliée

en long, & placée ſous les lombes (*a*).

D. *Que doit-on faire quand la tête de l'enfant commence à s'engager dans la vulve?*

R. Souvent on a peu de choſe à faire dans ce moment. Lorſque les parties de la femme ſont ſouples, humides & bien diſpoſées au paſſage de l'enfant, on borne ſes ſoins à ſoutenir légérement le périnée au moyen de la main, pour que la tête ne paſſe pas trop précipitamment, & ne faſſe pas de déchirure. Non-ſeulement on ſoutient le périnée avec la même attention, toutes les fois que la douleur ſe fait ſentir, mais on recommande encore à la femme de modérer ſes efforts, juſqu'à ce que l'extrémité occipitale de la tête de l'enfant puiſſe s'avancer librement dans la vulve : alors on lui permet de faire valoir un peu plus ſes douleurs, tandis que de la main appuyée contre le périnée, on favoriſe la ſortie de la tête, en la relevant vers le pubis, juſqu'à ce que la face ſoit complétement dégagée.

D. *Dans quels cas la tête de l'enfant, pouſſée en avant pendant la douleur, au point*

(*a*) On accorde le même ſecours à la femme, quand elle éprouve des douleurs fatigantes du côté des reins ; & ce ſecours la ſoulage beaucoup.

de paroître à la vulve, remonte-t-elle, ou semble-t-elle rentrer après cette douleur ?

R. La tête s'avance & remonte ainsi alternativement, toutes les fois que les parties extérieures de la femme sont peu disposées à lui donner issue ; cet effet se remarque spécialement lors d'un premier accouchement, & se répète à l'égard de quelques femmes, pendant des heures entières.

D. *A quoi doit-on attribuer cette rentrée de la tête après chaque douleur ; & que doit faire l'Accoucheur en pareil cas ?*

R. La plupart des Praticiens l'attribuent aux circulaires que le cordon ombilical forme sur le col de l'enfant. Dans leur opinion, c'est le cordon distendu & tiraillé pendant la douleur, qui pousse la tête en avant, qui retire cette tête vers le dedans du bassin, dès que cette douleur discontinue. Mais on ne doit attribuer cet effet qu'à la réaction des parties extérieures de la femme, & sur-tout du périnée.

La rentrée de la tête de l'enfant, ou son éloignement après chaque douleur des derniers temps du travail, ne prescrit rien, si ce n'est d'humecter & de relâcher les parties de la femme, afin d'en diminuer la résistance. Mais on ne doit alors recourir à aucun des moyens proposés par les Auteurs, pour empêcher la tête de s'éloigner. L'entortillement du cordon

ombilical sur le col de l'enfant n'exige d'attention qu'après la sortie de la tête même.

D. *Quelles sont les précautions qu'exige alors cette disposition du cordon?*

R. Quand le cordon ombilical est ainsi disposé sur le col de l'enfant, les circulaires qu'il décrit peuvent se serrer assez après la sortie de la tête, pour étrangler les vaisseaux du col, & donner lieu à l'engorgement du cerveau, au gonflement & à la lividité de la face; ou bien le cordon conserve alors si peu de longueur, que le placenta peut en être tiraillé & détaché; ou qu'il peut entraîner le fond de la matrice, à mesure que le tronc de l'enfant se dégage.

Pour éviter ces inconvéniens, on développera le cordon, en faisant passer un des circulaires sur la tête de l'enfant, & le conduisant de l'occiput vers la face, toutes les fois qu'on le pourra, à l'instant de la sortie de cette tête; autrement on coupera ce cordon, avant d'essayer de dégager les épaules, & d'extraire le corps.

D. *Doit-on extraire le tronc de l'enfant en tirant sur la tête, dès qu'elle est au-dehors?*

R. Quoique l'expulsion du tronc de l'enfant puisse s'opérer par les seuls efforts de la nature, comme se fait l'expulsion de la tête, on est dans l'usage de l'ex-

traire ; & on épargne quelques douleurs à la femme au moyen de cette précaution.

Pour extraire le corps, on commence par tourner la face de l'enfant vers l'une des cuisses de la femme, & toujours vers celle où elle semble se diriger naturellement. On saisit la tête au moyen des deux mains placées sur ses côtés, & on tire légérement dessus, en la portant d'abord un peu en en bas, puis en la relevant, pour faire descendre les épaules successivement. Mais avant d'exercer de pareils efforts sur la tête, on examinera si l'une des épaules se trouve sous le pubis, & l'autre vers le sacrum; & on leur donnera cette position, si elle n'avoit pas lieu ; car c'est dans cette direction qu'elles doivent traverser le détroit inférieur & la vulve.

On ne s'efforcera jamais de faire prendre cette position aux épaules, en roulant la tête, qui est au-dehors ; parce qu'on pourroit faire éprouver au col de l'enfant une torsion dangereuse, avant de les déplacer d'une seule ligne. C'est au moyen du doigt introduit à l'entrée du vagin, & appliqué successivement à l'une & à l'autre épaules, qu'on doit les placer convenablement.

On ne doit jamais se permettre de tirer

avec force sur la tête de l'enfant, pour extraire le tronc, à moins qu'on n'ait déjà la certitude de sa mort ; parce qu'on le feroit mourir, s'il étoit vivant, en se conduisant de cette manière. Pendant qu'on tirera avec ménagement sur la tête de l'enfant, on engagera la femme à pousser de toutes ses forces ; & lorsque les épaules ne descendront pas au moyen de ces efforts combinés, on introduira l'index de l'une & l'autre main sous les aisselles, pour s'en servir en manière de crochets.

Nous observerons qu'on rencontre rarement autant de difficulté à extraire les épaules.

SECTION V.

Des soins qu'on doit à l'enfant immédiatement après sa naissance.

D. QUELS *sont les premiers soins qu'on doit à l'enfant à l'instant de sa naissance ?*

R. On doit le coucher transversalement sur l'un de ses côtés entre les jambes de sa mère, de manière qu'il ait le dos tourné vers la vulve, & que le cordon ombilical ne soit pas tiraillé. On lui donne cette position, pour que les eaux & le

sang qui découlent de la matrice ne lui tombent pas dans la bouche, qu'il puisse rendre plus facilement les humeurs muqueuses & glaireuses qui remplissent souvent cette cavité à l'instant où il paroît, & que sa face ne baigne pas dans les eaux & autres fluides qui inondent le lit. On liera & on coupera le cordon ombilical, & on éloignera l'enfant de sa mère, pour être plus à même de lui donner les secours que son état pourroit exiger.

D. *Combien fait-on de ligatures au cordon, & quelle en est la nécessité ?*

R. On est dans l'usage d'en faire deux, & de couper le cordon entre elles; de sorte qu'une de ces ligatures se trouve à la portion de cordon qui reste à l'enfant, & la seconde sur le bout qui répond au placenta. Par la première, on se propose d'empêcher le sang de l'enfant de sortir par les artères ombilicales; & par la seconde, de prévenir l'issue de celui de la mère par la veine du cordon.

D. *Ces ligatures sont-elles absolument nécessaires ?*

R. Celle qu'on place sur le cordon du côté du placenta est absolument inutile; parce que le sang de la mère ne peut se perdre par cette voie; si ce n'est peut-être en quelques cas excessivement rares, & dans lesquels cette ligature ne convien-

droit pas encore (*a*). Elle paroît en général plus nuisible que nécessaire ; en ce que s'opposant au dégorgement des vaisseaux du placenta, ce corps en conserve plus de volume, & doit éprouver plus de difficulté à sortir.

La ligature qui se fait du côté de l'enfant, sans être essentiellement nécessaire dans le premier moment de la naissance, peut le devenir tellement dans la suite, qu'il y auroit de l'impéritie à l'omettre, comme à ne pas la faire avec toute l'attention possible. Mais le moment de pratiquer cette ligature n'est pas indifférent, & ne sauroit être le même à l'égard de tous les enfans.

D. *Quel est donc le moment où l'on doit lier le cordon ?*

R. Lorsque l'enfant respire librement en naissant, qu'il s'agite & remue avec aisance, on peut lier le cordon aussi-tôt. Dans ce même cas, on peut également couper le cordon, & ne le lier qu'un instant après ; l'enfant perdra peu de sang, si la respiration continue de se faire aisément.

Lorsque l'enfant a été long-temps exposé à l'action de la matrice après l'évacuation des eaux de l'amnios, parce qu'il

---

(*a*) Ces cas regardent spécialement l'inertie de la matrice : on ne peut les exposer ici.

a rencontré beaucoup d'obſtacles à traverſer le baſſin; lorſqu'il vient avec la face tuméfiée, brune ou livide, il faut couper le cordon, & ne le lier que quand il en ſera ſorti au moins deux cuillerées de ſang. La ligature avant ce moment, ſeroit nuiſible à l'enfant, & ne feroit qu'entretenir, même aggraver l'état dans lequel il eſt né.

Lorſque l'enfant vient au monde foible, décoloré, & qu'il reſpire avec peine, il faut conſerver le cordon entier pendant quelques inſtans, ſi les pulſations y ſont fortes & fréquentes; & ne le lier & le couper, que quand la reſpiration ſera plus facile.

D. *A quelle diſtance de l'ombilic doit-on lier le cordon, & quelles ſont les précautions qu'on doit prendre pour bien faire cette ligature?*

R. Il eſt aſſez indifférent de lier le cordon plus près ou plus loin du ventre, puiſque ce n'eſt jamais dans le lieu de la ligature qu'il ſe détache de l'enfant, & qu'il le fait conſtamment ſous les tégumens même de l'ombilic. Comme le vulgaire eſt dans l'opinion que l'ombilic eſt plus faillant ou plus enfoncé, après la chûte du cordon, ſelon qu'on a lié celui-ci très-loin ou très-près du ventre; comme il attribue à la même cauſe les ulcérations & les hernies de cette partie, &

nous taxe à cet égard d'inattention ou d'impéritie, nous lierons le cordon à deux ou trois travers de doigt du ventre de l'enfant, pour prévenir toutes eſpèces de reproches.

Quant aux précautions que nous devons obſerver, elles conſiſtent à ſerrer ſuffiſamment la ligature pour s'oppoſer au paſſage du ſang, dans le cas où il ſeroit forcé de répandre ſon cours vers les vaiſſeaux ombilicaux.

Quelques Accoucheurs ont recommandé de blanchir le cordon avant de le lier, c'eſt-à-dire, d'en exprimer le ſang, ainſi que le peu d'humeur muqueuſe & glaireuſe qui en infiltre le tiſſu. Pluſieurs ſe ſont fait illuſion au point de croire qu'on extirperoit, par ce moyen, le germe de la petite-vérole; d'autres, qu'on préviendroit l'eſpèce de jauniſſe qui ſurvient aux enfans nouveaux-nés dès les premiers jours; ainſi que les gales humides qui couvrent dans la ſuite le viſage de quelques-uns. Quelque ridicules que ſoient ces opinions, nous nous y conformerons en exprimant le cordon avant de le lier, ſi les parens de l'enfant le demandent; & nous en ferons ſortir le ſang & l'humeur glaireuſe autant que nous le pourrons, en le preſſant avec les doigts garnis de linge.

D. *Comment ſe fait la ligature du cordon?*

R. On prépare avant l'accouchement deux ou trois cordonnets composés de plusieurs fils de moyenne grosseur, & longs de sept à huit pouces; & avec l'un de ces cordonnets on lie le cordon avant de retirer l'enfant de dessus le petit lit.

Quand on a donné peu d'attention à cette première ligature, il convient de s'assurer, avant d'emmailloter l'enfant, si elle est bien faite, & si elle est assez serrée; souvent il est prudent de la refaire alors.

On fera d'abord un circulaire avec le cordonnet de fil, qu'on ne fixera qu'au moyen d'un nœud simple, puis un second circulaire soutenu d'un double nœud. On pressera le cordon en allant de l'ombilic vers cette ligature, pour voir si elle est assez serrée, & propre à supporter l'effort du sang.

Dans la crainte que cette première ligature, quoique serrée, n'oblitère pas encore complétement les vaisseaux, & ne s'oppose pas assez fortement au passage du sang, quand le cordon est très-gros & infiltré, on en fera une seconde, un peu au-dessous, & on la serrera également.

Quoique le sang cesse le plus souvent de couler dans les vaisseaux ombilicaux avant qu'on ne fasse la ligature, quoique ces vaisseaux n'en répandent pas sous nos yeux, quand on les a liés avec peu de soins, on ne sauroit négliger les pré-

cautions que nous venons de prescrire, & répéter trop souvent aux Sages-femmes, que nombre d'enfans sont morts d'hémorrhagie par le cordon; les uns quelques heures après leur naissance, & les autres un peu plus tard.

D. *Les premiers soins qu'on doit à l'enfant se bornent-ils à ceux que vous venez d'indiquer?*

R. Ces premiers soins suffisent pour l'instant, quand l'enfant se porte bien; mais il en exige de plus importans, lorsqu'il vient dans un état de foiblesse considérable, ou dans une sorte d'apoplexie, donnant à peine quelques signes de vie, & souvent même n'en manifestant aucun; de manière qu'après l'avoir bien examiné, l'on ne sait s'il est vivant ou mort.

D. *Quels sont les secours qu'on doit donner à l'enfant dans ces divers états?*

R. Quand il vient au monde foible, décoloré, ayant les membres flasques, & ne pouvant respirer; en un mot, dans un état de mort apparente, qu'on désigne sous le nom d'*asphixie*, quelques Praticiens veulent qu'on le tienne chaudement entre les jambes de sa mère, & qu'on ne lie point le cordon ombilical avant qu'il ne se soit ranimé. Si le placenta vient à sortir avant ce moment, quelques Accoucheurs sont dans l'usage de le mettre dans de l'eau chaude, dans du vin, ou bien,

fur de la cendre échauffée, pendant qu'on adminiftre à l'enfant les fecours convenables. Mais toutes ces précautions font inutiles, dès qu'il n'y a plus de battemens au cordon. On doit le couper alors à la diftance ordinaire de l'ombilic, & le lier fi on le juge à propos; la ligature n'étant pas néceffaire dans ce premier moment. Dans ces fortes de cas, on éloignera l'enfant de fa mère, on le placera fur un oreiller, dans un lieu où l'air, plus pur que celui qui règne fous les couvertures du petit lit, ne fera ni trop froid ni trop chaud; & là, on lui adminiftrera les fecours fuivans.

Une perfonne faine, adaptant fa bouche à celle de l'enfant y foufflera avec ménagement; pour infinuer de l'air dans le poumon, & l'en fera fortir auffi-tôt, en preffant légérement la poitrine & le bas-ventre au moyen d'une main; ce qu'on répétera plufieurs fois de fuite, comme pour imiter la refpiration (*a*). On irritera enfuite l'intérieur du nez au moyen de la barbe d'une plume; ainfi que le dedans de la bouche & du gofier, après en avoir retiré les glaires & les mucofités qui les

(*a*) Il y auroit beaucoup d'obfervations à faire fur cette refpiration artificielle, qui n'eft pas auffi efficace qu'on fe le perfuade, & qui pourroit quelquefois avoir des inconvéniens.

rempliſſent ſouvent. On frottera les tempes de l'enfant & la région de la colonne épinière, avec un linge trempé dans le vinaigre, ou quelques liqueurs ſpiritueuſes, comme l'eau-de-vie, l'eau de méliſſe, l'eau de Cologne, &c. ou bien dans l'eau commune, à laquelle on ajoutera quelques gouttes d'alkali volatil.

Si l'on a ſur ſoi un flacon de cet alkali, on le préſentera à diverſes repriſes ſous le nez de l'enfant; & à ſon défaut, on ſe ſervira d'oignons ou d'ail écraſés.

On broſſera légérement la plante des pieds, le dedans des mains de l'enfant, & le dos depuis le haut du col juſqu'aux feſſes.

Si ces ſecours ſont inutiles, on inſinuera dans l'anus, au moyen d'un inſtrument convenable, de la fumée de cartes, même celle de tabac. Enfin, on plongera le corps de l'enfant juſqu'aux aiſſelles, dans un bain chaud animé de vin ou d'eau-de-vie, &c. & on le tiendra dans ce bain pendant quelque temps.

On n'épargnera pas ces ſecours à l'enfant; on les continuera pendant une demi-heure, & au-delà, s'il le faut; car ce n'eſt qu'après ce temps que bien des enfans ont donné les premiers ſignes de vie. On en a vu qui ont été plus long-temps encore dans cet état d'aſphixie, & qu'on avoit déjà abandonnés comme morts, lorſqu'ils

ont annoncé leur existence par des cris plaintifs. La moindre négligence envers ces enfans est une faute impardonnable.

Les secours qui conviennent à l'enfant, dont la face est gonflée, livide ou noirâtre, sont les mêmes : mais il faut commencer par couper le cordon ombilical, & le faire saigner. Si le sang ne coule pas de lui-même, on le fera sortir en l'exprimant en quelque sorte au moyen des doigts, & en pressant le ventre mollement & à diverses reprises : souvent ce n'est qu'en tenant le corps de l'enfant dans l'eau chaude animée de vin ou d'eau-de-vie, qu'on obtient du cordon le dégorgement nécessaire (*a*). Quand cette saignée a fait disparoître la lividité de la face, on administre les autres secours à l'enfant.

D. *Indiquez-nous comment on doit prendre l'enfant pour le retirer de dessus le petit lit, & le transporter ailleurs.*

R. On passera une main sous les épaules de l'enfant, de manière que les doigts écartés embrassent l'un des bras près l'aisselle, & les côtés du col; & de l'autre main, on saisira les cuisses, de sorte qu'un doigt soit placé entre elles : le tenant de

(*a*) Nous pourrions confirmer, par de nombreuses observations, l'utilité de tous ces secours, & spécialement du dernier.

cette manière, on le porte aussi sûrement que commodément (*a*).

D. *Lorsque l'état de l'enfant exige cette suite de secours dont vous venez de parler, est-il prudent de passer tout ce temps éloigné de la mère?*

R. Non : il seroit même quelquefois dangereux de ne pas s'en occuper de préférence à l'enfant. On se rapprochera de temps à autre de son lit, on s'assurera de l'état de la matrice au moyen d'une main appliquée sur le ventre; on examinera si le sang ne coule pas en trop grande quantité; on épiera, en un mot, le moment de procéder à la délivrance; & on opérera celle-ci, pendant qu'une personne intelligente prendra soin de l'enfant.

(*a*) C'est avec indignation qu'on doit voir certaines personnes saisir l'enfant par un bras ou par une jambe, le soulever ainsi, & le transporter de dessus le petit lit en un autre lieu, ou seulement pour le placer sur un oreiller voisin, ou dans le tablier d'une femme; parce qu'on peut le blesser, & lui luxer cette extrémité.

CHAPITRE VIII.

De la délivrance.

D. QU'ENTENDEZ-VOUS *par délivrance?*

R. On exprime par ce mot la fortie du placenta & des membranes, comme on défigne la fortie de l'enfant par le mot *accouchement.*

D. *Comment s'opère la délivrance?*

R. La délivrance, chez la plupart des femmes, s'opéreroit de la même manière que l'accouchement, fi on laiffoit agir la nature. Les contractions de la matrice, foutenues de quelques efforts ménagés de la part de la femme, fuffiroient pour détacher le placenta & l'expulfer, ainfi que les membranes.

D. *Dans quels cas la femme pourroit-elle fe délivrer feule?*

R. La femme pourroit fe délivrer feule, toutes les fois que l'accouchement n'eft fuivi d'aucun accident, & que la matrice conferve la faculté de fe contracter. Si nous l'aidons à fe délivrer, ce n'eft que pour lui épargner quelques douleurs, toujours plus fupportables que celles de l'accouchement même, & pour la mettre à même de jouir plutôt du calme auquel elle

aſpire : nos ſecours ne ſont pas alors d'une néceſſité indiſpenſable. Nous ajouterons même que l'empreſſement que bien des Sages-femmes apportent encore à extraire le placenta indiſtinctement dans tous les cas, eſt plus condamnable que la ſécurité de celles qui attendent patiemment l'expulſion de ce corps ; parce qu'il y a plus de femmes qui jouiroient de l'avantage de ſe délivrer ſeules, qu'il n'en eſt à qui nos ſecours ſont abſolument néceſſaires : une délivrance trop précipitée peut avoir d'ailleurs des ſuites fâcheuſes.

D. *Expoſez quels ſont les inconvéniens qu'il y auroit à délivrer trop promptement.*

R. Par ces mots délivrer promptement, nous n'entendons pas extraire *bruſquement & rapidement le placenta ;* mais l'extraire avant le temps marqué par la nature.

Quand on entreprend de délivrer la femme avant ce moment, dans l'opinion où l'on eſt qu'elle ne ſauroit l'être trop tôt, les efforts de la nature n'ayant pas encore détaché le placenta, & l'orifice de la matrice n'étant pas alors des mieux diſpoſés à lui donner iſſue, on eſt obligé d'exercer plus de forces en tirant ſur le cordon ombilical, ſoit pour détacher cette maſſe, ſoit pour l'entraîner. Le cordon trop grêle en quelques circonſtances pour ſupporter de pareils efforts ſe caſſe, &

l'Accoucheur ſe croit dans la néceſſité de porter la main dans la matrice pour achever ſon opération : ce qui la rend au moins douloureuſe, s'il n'en réſulte pas d'autres inconvéniens.

Si le cordon réſiſte à ces efforts, & ſi l'on entraîne ainſi le placenta, la matrice n'ayant pas eu le temps de ſe reſſerrer aſſez ſur elle-même, il peut en réſulter une perte de ſang plus ou moins abondante, & ſouvent inquiétante.

Le renverſement de la matrice peut être également la ſuite de ces efforts prématurés.

D. *Expoſez de même les inconvéniens qu'il y auroit à ne pas aider la femme à ſe délivrer.*

R. Nous avons déjà dit qu'il n'y en auroit aucun à l'égard de la plupart des femmes : les contractions de la matrice, après un délai pour l'ordinaire fort court, n'ayant beſoin d'être ſoutenues que de quelques efforts de la femme même, pour détacher & mettre dehors le placenta. Ce n'eſt qu'autant que l'accouchement eſt accompagné ou ſuivi d'accidens, & ſeulement dans quelques circonſtances particulières, qui ſeront détaillées ci-après, que nous ſommes indiſpenſablement obligés de délivrer la femme.

SECTION

SECTION PREMIÈRE.

Du temps où il convient d'aider la femme à ſe délivrer dans les cas les plus ordinaires, & de la manière de le faire.

D. *Quel eſt l'inſtant où il convient de procéder à la délivrance?*

R. On ne doit entreprendre d'extraire le placenta que lorſque la matrice eſt bien contractée ſur elle-même, qu'elle eſt réduite à la forme d'une boule, un peu ferme au toucher, & qu'on la diſtingue ainſi en palpant au-deſſus du pubis; ce n'eſt enfin qu'autant que la femme éprouve de nouvelles douleurs qui annoncent que la nature s'occupe de la délivrance.

D. *Comment doit-on procéder à la délivrance?*

R. On prend le cordon ombilical d'une main garnie de linge ſec, & l'on tire deſſus avec ménagement, en baiſſant un peu d'abord & en allant alternativement de l'une à l'autre cuiſſe de la femme, juſqu'à ce que le placenta paroiſſe à l'entrée du vagin : alors on relève la main en tirant obliquement en en haut. Dans le moment où le placenta franchit la vulve, on le reçoit d'une main placée au-deſſous de cette partie, & on le ſaiſit de l'autre pour

achever de le dégager, en le roulant plusieurs fois sur lui-même & sur la main qui le soutient; afin de ramasser les membranes qui le suivent, & de les tordre de manière à leur donner la forme d'une corde. Quand le placenta n'obéit pas aux efforts qu'on exerce sur le cordon, quoique poussé d'ailleurs par ceux de la femme, il faut attendre & solliciter la matrice à se contracter plus fortement, en faisant des frictions sur le ventre au moyen d'une main.

Quelquefois le placenta se trouve si volumineux, qu'il traverse difficilement le col de la matrice, malgré les efforts combinés dont on vient de parler, & beaucoup d'Accoucheurs le supposant alors adhérent, quoiqu'il soit entiérement détaché, vont le chercher en portant la main dans le vagin; tandis que les obstacles qui s'opposent à sa sortie n'exigent que de simples précautions & un peu de patience.

Dans ce même cas, pendant qu'un aide continuera de faire sur le ventre de la femme les frictions dont nous venons de parler, l'Accoucheur tirera d'une main sur le cordon, & avec plus ou moins de force, selon qu'il sera plus ou moins en état de supporter ces efforts; & de deux doigts de l'autre main introduits à l'orifice de la matrice & derrière la symphise

du pubis, il abaiſſera le placenta & en dégagera le bord en premier lieu.

Si l'on s'apperçoit que le cordon ombilical ſe déchire, ſe caſſe & ſe ſépare du placenta, dans le cas dont il s'agit, comme dans tout autre, il faut ceſſer de tirer deſſus, afin de ne pas le déchirer complétement; quoique ce fût plutôt un léger déſagrément pour l'Accoucheur qu'un accident pour la femme.

D. *Que faudroit-il faire ſi le cordon ombilical avoit été arraché, ou s'il étoit aſſez foible pour qu'il ne puiſſe ſupporter le moindre effort?*

R. Ceux qui ſe font une loi de délivrer la femme dans tous les cas, ne manquent pas alors de porter la main dans la matrice pour en extraire le placenta. Mais le Praticien inſtruit que la plupart des femmes peuvent ſe délivrer ſeules, attend patiemment que les efforts de la nature aient pouſſé l'arrière-faix juſques dans le vagin, & qu'il puiſſe l'accrocher de quelques doigts pour le dégager. On ne doit aller le prendre dans la matrice, qu'autant qu'il y a des accidens qui le demandent; & ce ſeroit ignorance ou témérité, ſi l'on n'y étoit pas autoriſé par ces accidens.

⁂

SECTION II.

Des cas qui rendent la délivrance plus difficile, ou qui exigent quelques précautions particulières, relativement au temps & à la manière d'y procéder.

D. QUELS *sont les cas dans lesquels on doit s'écarter des règles que nous venons de prescrire relativement à la délivrance?*

R. On doit s'écarter de ces règles toutes les fois que la femme éprouve des accidens à l'instant de l'accouchement, comme lorsqu'il y a une perte, des convulsions, des syncopes ou défaillances; lorsque la matrice tombe dans l'inertie à l'instant de la sortie de l'enfant; lorsque son orifice se contracte trop fortement & se referme en quelque sorte subitement; lorsque le placenta est très-adhérent, qu'il se trouve enkisté ou chatonné, ou bien attaché sur le col de la matrice, & qu'il se présente à l'orifice; enfin, à la suite de l'avortement, & après l'accouchement de plusieurs enfans.

D. *Quel est celui de tous ces accidens qui exige les secours les plus prompts?*

R. De tous les accidens qui peuvent se manifester à l'instant de l'accouchement, aucun ne demande des secours plus

prompts que la perte de ſang; parce que la femme peut en être la victime en très-peu de temps. Comme cet accident provient toujours de ce que le placenta eſt détaché, ſoit en totalité ſoit en partie, & qu'il ne ceſſe le plus ſouvent, qu'après la ſortie de ce corps, il faut la procurer le plutôt poſſible.

D. *Comment doit-on procéder à la délivrance dans un cas d'une perte inquiétante?*

R. On opérera la délivrance comme dans les cas les plus ordinaires, ſi le cordon ombilical eſt aſſez ſolide pour ſupporter les efforts néceſſaires. On portera la main dans la matrice pour en extraire le placenta, ſi le cordon eſt trop foible pour ſupporter ces mêmes efforts, ou s'il a été arraché.

Dans l'un & l'autre cas, on commencera par faire des frictions un peu fortes avec la main, ſur la région hypogaſtrique de la femme; on y jettera de l'eau bien froide, on y appliquera, ainſi que ſur le haut des cuiſſes, des ſerviettes mouillées de vinaigre, qu'on renouvellera pendant la délivrance, & même après ſi la perte continue; afin de ranimer l'action affoiblie de la matrice, & de diſſiper l'inertie dont ce viſcère eſt alors affecté.

D. *Indiquez-nous les précautions qu'il faut obſerver, quand on eſt obligé de porter la main dans la matrice pour opérer la délivrance.*

R. L'introduction de la main se faisant aisément dans le cas dont il s'agit, exige peu de soins; mais la délivrance en demande quelques-uns. Quand le placenta est entiérement détaché, on le saisit convenablement de l'extrémité de tous les doigts, & on l'entraîne en retirant la main. Lorsqu'il n'est détaché qu'en partie, on insinue les doigts derrière la portion qui est libre, & en les avançant ainsi, de manière que le dos de la main regarde la matrice, on détache le reste; après quoi on en fait l'extraction.

Cette manière de détacher le placenta ressemble assez à ce que l'on opère tous les jours pour séparer deux feuilles de papier appliquées l'une à l'autre; on insinue la main entre elles, pour les désunir sans les déchirer.

Dans le cas de perte, comme en bien d'autres où l'on est également obligé de porter la main dans la matrice, il faut détacher la totalité du placenta avant de chercher à l'extraire; car en tirant sur la portion qu'on trouve en quelque sorte flottante, on pourroit la déchirer, l'amener seule, & laisser le reste: ce qui mettroit dans l'obligation de réintroduire la main, & souvent à plusieurs reprises encore, pour opérer entiérement la délivrance.

D. *Quelles sont les précautions qu'exigent*

les convulſions, relativement à la délivrance?

R. Le plus ſouvent ce genre d'accidens n'en exige aucunes; parce qu'il ne dépend pas de la rétention du placenta, & qu'il ne peut s'oppoſer à la ſortie de ce corps. Les convulſions ne peuvent retarder la délivrance, que quand elles affectent la matrice comme les autres parties; parce que l'orifice de ce viſcère ſe trouve alors fortement contracté dans ce cas, on attend que la convulſion ſoit diſſipée, que l'orifice de la matrice puiſſe s'ouvrir librement, & on procède à l'extraction du placenta, comme dans l'état ordinaire.

D. *Les ſyncopes, ou défaillances, qui ſurviennent quelquefois à l'inſtant de l'accouchement, preſcrivent-elles des indications particulières à l'égard de la délivrance?*

R. Quand elles ne ſont accompagnées d'aucun autre accident, on diffère la délivrance juſqu'à ce que les forces de la femme ſe ſoient ranimées; & l'on n'adminiſtre, en attendant, que les ſecours qu'on donne dans tous les cas de ſyncopes. On laiſſe la femme couchée à plat, on lui frotte les tempes avec un linge trempé dans le vinaigre, ou imbibé d'une liqueur ſpiritueuſe quelconque; on lui fait inſpirer de ces liqueurs par le nez; & de plus, on comprime le bas-ventre avec ménagement au moyen des deux mains.

D. *Qu'entendez-vous par* inertie de la matrice ; *& quelles ſont les précautions qu'exige cet état?*

R. L'inertie eſt un état de foibleſſe, ou de diminution d'action, telle que la matrice ne ſauroit ſe contracter ſur elle-même, ſe reſſerrer & ſe durcir après la ſortie de l'enfant, comme elle le fait chez la plupart des femmes. La matrice affectée d'inertie, reſte molle & flaſque, au lieu de former au-deſſus du pubis cette eſpèce de boule ſolide dont nous avons parlé plus haut.

La matrice eſt menacée de tomber dans cet état d'inertie, ſur-tout après l'accouchement qui ſe fait précipitamment, ſans beaucoup de douleur, & dans lequel l'enfant s'écoule, pour ainſi dire, avec les eaux de l'amnios.

On ne doit jamais entreprendre d'extraire le placenta avant que l'inertie de la matrice ne ſe ſoit diſſipée ; parce qu'on expoſeroit ce viſcère à ſe renverſer, ou qu'une perte abondante pourroit ſuivre la délivrance. On attendra donc que la matrice ſe ſoit contractée ; & qu'elle forme dans le fond du bas-ventre ce globe ſolide, dont il a été queſtion ci-deſſus. Le délai, pour l'ordinaire, n'eſt pas fort long, ſi l'on fait des frictions au-deſſus du pubis, comme elles ont été recommandées.

Quand l'inertie de la matrice eſt ac-

compagnée d'une grande effuſion de ſang, on délivre la femme en ſuivant les règles preſcrites à l'occaſion de la perte.

D. *Quelles ſont les précautions qu'exige le reſſerrement extraordinaire de l'orifice de la matrice, relativement à la délivrance?*

R. Ce reſſerrement extraordinaire du col de la matrice s'obſerve rarement à la ſuite d'un accouchement à terme, mais aſſez fréquemment dans les avortemens qui ont lieu dès les premiers mois de la groſſeſſe. Quand il exiſte après un accouchement à terme, il ne peut durer que peu de temps; & il n'exige d'autres précautions que celles de différer la délivrance, juſqu'à ce que l'orifice paroiſſe diſpoſé à s'ouvrir de nouveau.

D. *Comment peut-on s'aſſurer que le placenta eſt fortement attaché à la matrice?*

R. On ne juge aſſez ſouvent des adhérences du placenta que d'après les difficultés qu'on éprouve à l'extraire, en tirant ſur le cordon ombilical; & l'on ne s'apperçoit pas que ces difficultés ne dépendent preſque toujours que de la contraction & du reſſerrement du col de la matrice : car ces adhérences extraordinaires ſont exceſſivement rares. On ne peut les reconnoître & les apprécier qu'en portant la main dans la matrice.

D. *Que faut-il faire quand on a reconnu que ces adhérences ont lieu?*

R. Lorſqu'on ne peut opérer la délivrance en tirant méthodiquement ſur le cordon, & qu'on eſt certain que les difficultés ne proviennent pas du reſſerrement du col de la matrice, on introduit la main avec ſoin, on examine ſi le placenta y eſt encore attaché, ſoit dans ſa totalité ou dans une partie ſeulement; & l'on eſſaie de le détacher & de l'extraire.

Quand le placenta eſt encore lié de toutes parts à la matrice, on fait enſorte de l'en ſéparer dans un point quelconque de ſon bord; on inſinue les doigts derrière la portion qu'on a détachée, en prenant garde de ne pas bleſſer la matrice, & l'on continue de le ſéparer ainſi dans ſon entier.

Quand le placenta eſt détaché d'un côté, avant qu'on ne porte la main dans la matrice, la délivrance préſente moins de difficultés.

Il arrive quelquefois qu'il eſt adhérent étroitement dans toute l'étendue de ſon bord, & que le milieu en a été détaché par les efforts de la nature, de concert avec ceux que l'Accoucheur a exercés ſur le cordon ombilical. Si la portion détachée forme une ſaillie aſſez conſidérable pour qu'on puiſſe la pincer du bout des doigts, on tire deſſus pour eſſayer de détacher le reſte; & quand on ne peut y par-

venir de cette manière, il faut encore chercher à ſéparer le bord du placenta d'un côté, pour inſinuer enſuite la main ou les doigts ſeulement, derrière cette maſſe, comme on vient de le recommander.

Dans tous les cas, nous le répéterons, on ne doit entreprendre de l'extraire qu'après l'avoir détaché entiérement; afin de ne pas s'expoſer à en laiſſer quelques lambeaux dans la matrice.

D. *Exiſte-t-il des cas où il ſoit impoſſible de détacher le placenta, même au moyen de la main introduite dans la matrice; & s'il en exiſte, comment l'Accoucheur doit-il ſe comporter?*

R. Ces cas doivent être exceſſivement rares: mais il en eſt qui offrent tant de difficultés, qu'ils exigent toute la ſagacité d'un Praticien conſommé. On ne ſauroit trop inviter les Sages-femmes à ne point s'en charger ſeules.

Dans ces cas où le placenta eſt lié ſi étroitement à la matrice qu'on ne peut entreprendre de l'en détacher, ſans craindre d'en laiſſer quelques lambeaux, ou de déchirer la matrice même, il vaut mieux l'abandonner aux ſoins de la nature pendant quelque temps, que de s'efforcer de l'extraire dès le premier moment. Nous en excepterons cependant le cas où la femme éprouve une perte abondante; mais s'il faut alors opérer la délivrance, on

on n'y trouve plus autant d'obstacles ; puisqu'une partie du placenta est détachée.

D. *N'est-il pas plus sage, en quelques circonstances, de laisser une portion de placenta dans la matrice, que de s'efforcer de l'extraire en entier?*

R. Oui : il existe quelques-uns de ces cas, mais ils sont très-rares. Lorsqu'une portion du placenta est dure, squirreuse, & si intimément attachée à la matrice, qu'on ne peut l'en séparer sans craindre de déchirer ce viscère ; il vaut mieux la laisser, que d'exposer la femme aux suites d'une pareille déchirure.

D. *Que deviendra cette portion de placenta, qu'on ne peut extraire? Que deviendra le placenta lui-même dans les cas où de fortes adhérences s'opposent à la délivrance?*

R. La nature s'en délivrera dans l'un & l'autre cas, & souvent sans qu'il en résulte de grands inconvéniens pour la femme. L'espèce de fonte putride que le placenta, ou la portion qu'on a laissée, ne tarde pas à éprouver, en relâchera les adhérences, & les détruira même ; l'action de la matrice poussera ce corps en avant, & souvent même les expulsera ; mais elle le fera plutôt ou plus tard, selon les circonstances.

D. *Quelle conduite doit-on tenir envers la femme dans ces sortes de cas?*

R. Les femmes qu'on ne peut délivrer

immédiatement après l'accouchement, se croyant menacées d'une foule d'accidens plus fâcheux les uns que les autres, nos premiers soins doivent consister à les rassurer contre de pareilles craintes, & à leur faire comprendre qu'il y auroit bien plus de danger à les délivrer à quelque prix que ce fût : du reste on règle la conduite qu'on doit tenir d'après les circonstances qui se présentent. Lorsque le ventre se tend & devient douloureux, on emploie les bains & les fomentations émollientes; on prescrit des boissons délayantes & adoucissantes, telles que l'eau de veau, de poulet, de graine de lin, de pariétaire, &c. & l'on administre des lavemens de même espèce.

Lorsque le placenta se putréfie ; & que les lochies deviennent bourbeuses, noirâtres & fœtides, on fait des injections, plusieurs fois le jour, dans la matrice même ; on injecte de la décoction d'orge, de camomille romaine, de quinquina, ou de toutes autres substances anti-putrides. On attend que le placenta soit détaché, qu'il se présente à l'orifice de la matrice, & l'on en fait l'extraction. On continue les injections jusqu'à ce que les vuidanges soient d'une bonne qualité, &c. On administre intérieurement les anti-putrides, & l'on prescrit le régime le plus propre à en seconder les effets.

On ne doit donner aucune de ces boissons, & de ces potions échauffantes, auxquelles on accorde la propriété de chasser le délivre; parce qu'elles ne feroient qu'augmenter les accidens.

D. *Qu'entendez-vous par placenta chatonné ou enkisté; & comment doit-on alors opérer la délivrance?*

R. Le placenta est chatonné ou enkisté, toutes les fois qu'au moment de la délivrance, on le trouve comme renfermé dans une espèce de poche distincte de la cavité principale de la matrice, dont elle fait cependant partie & avec laquelle elle communique.

Pour avoir une juste idée du chatonnement du placenta, il faut supposer que la contraction de la matrice, aussitôt après la sortie de l'enfant, est tellement irrégulière, que la cavité de ce viscère en est partagée comme en deux parties; dont l'une est située tantôt à côté de l'autre, & tantôt au-dessus: le placenta doit alors se rencontrer dans l'une de ces cavités.

On procède à la délivrance dans ce cas comme dans les autres, c'est-à-dire, en tirant méthodiquement sur le cordon ombilical; & quand on ne peut extraire le placenta par ce moyen, on introduit la main dans la matrice. Lorsque le placenta est chatonné, la main se trouve

d'abord dans une cavité aſſez peu ſpacieuſe, à l'un des côtés de laquelle ſe remarque une ouverture plus ou moins grande, que traverſe le cordon ombilical, ſi on ne l'a point arraché. On inſinue les doigts ſucceſſivement dans cette ouverture, en la dilatant convenablement, & on les avance juſqu'au placenta, pour le détacher & l'extraire comme dans la plupart des autres circonſtances.

Après la délivrance, on reporte la main dans la matrice & l'on introduit les doigts de nouveau dans l'entrée de la bourſe qui contenoit le placenta; on tient l'entrée de cette bourſe très-ouverte, afin que la matrice ſe contracte réguliérement & ne forme enſuite qu'une ſeule cavité, comme elle le fait après l'accouchement le plus ordinaire.

D. *A quels ſignes reconnoît-on que le placenta eſt attaché ſur le col de la matrice, de manière qu'il en recouvre l'orifice?*

R. Le toucher ſeul peut nous faire diſtinguer ce cas de tous les autres. Au lieu de membranes liſſes & unies que touche le doigt introduit à l'orifice de la matrice, c'eſt alors un corps mollaſſe & ſpongieux, d'où le ſang découle abondamment. Une perte abondante, d'ailleurs, précède toujours le moment de l'accouchement, quand le placenta eſt attaché ſur le col de la matrice.

D. *A quel terme de la grossesse la perte se manifeste-t-elle dans ce cas?*

R. Elle s'annonce quelquefois du sixième au septième mois, plus souvent dans le cours du huitième, & chez certaines femmes, ce n'est que vers les dernières semaines de la grossesse seulement : mais aucune n'accouche sans éprouver cet accident.

D. *La perte qui survient à cette occasion est-elle toujours fort inquiétante?*

R. Quand elle s'annonce de bonne heure, comme du sixième au septième mois de la grossesse, elle est d'abord peu considérable, & elle peut subsister pendant quelques semaines sans affoiblir la femme. Elle peut même s'arrêter comme d'elle-même; mais elle reparoît bientôt avec plus de force, & devient d'autant plus abondante, que la grossesse se rapproche davantage de son terme. Elle augmente encore dans les premiers temps du travail, à mesure que le col de la matrice s'efface, & que l'orifice se dilate.

D. *La perte de sang est-elle toujours un symptome de la présence du placenta sur l'orifice de la matrice?*

R. Non : elle peut également avoir lieu, quoique le placenta occupe toute autre région que le col de la matrice; mais elle est alors accidentelle, & la

grossesse auroit pu parvenir à son terme, sans être troublée par cet accident.

D. *Quelle est la destinée de la mère & de l'enfant, quand le placenta est attaché sur le col de la matrice, & en recouvre l'orifice?*

R. Cette circonstance est ordinairement aussi fâcheuse pour l'un que pour l'autre; & la mère ainsi que l'enfant, succomberoient le plus souvent à l'hémorrhagie, si l'on ne venoit à leur secours.

Lorsque c'est le bord du placenta qui recouvre l'orifice de la matrice, la perte est moins considérable; la femme peut y résister plus long-temps, & accoucher seule, après avoir répandu beaucoup de sang. Mais la circonstance est des plus fâcheuses, quand le milieu du placenta répond à cet orifice; la conservation de la mère & celle de l'enfant ne dépendent alors que des secours qu'on leur donne.

D. *En quoi consistent ces secours?*

R. Quand la perte de sang ne fait que commencer, & qu'elle est peu abondante, si le pouls de la femme est robuste & si les vaisseaux sont pleins, on a recours à la saignée du bras. On recommande à la femme de garder le lit, d'y être couchée à plat sur le dos, de ne faire aucun mouvement, & de modérer ceux de l'ame autant que ceux du corps. On ne lui permet que des alimens de facile digestion,

&. en petite quantité à la fois ; on lui fait boire de la limonnade, de l'eau de riz avec le ſyrop de vinaigre, de limon, &c. ou de la tiſanne de racine de grande conſoude avec ces mêmes ſyrops ; on lui interdit l'uſage du vin, du café & des liqueurs ſpiritueuſes.

Lorſque la perte eſt très-abondante, on n'a d'autre reſſource que dans l'accouchement, & il faut l'opérer ſouvent, quoique la nature n'y ſoit pas encore diſpoſée, & que la femme n'éprouve aucune douleur pour accoucher.

D. *Peut-on opérer l'accouchement, ſans délai, toutes les fois que la perte eſt aſſez grave pour expoſer la vie de la mère & de l'enfant ?*

R. Non : on ne peut toujours l'opérer auſſi-tôt ; parce que le col de la matrice conſerve encore quelquefois beaucoup de longueur, qu'il a peu de ſoupleſſe, & qu'il peut à peine admettre un ſeul doigt ; comme on le remarque ſouvent quand la perte ſe déclare au ſeptième mois de la groſſeſſe. On ne pourroit entreprendre l'accouchement en pareil cas, ſans aggraver le danger dont la femme eſt déjà menacée.

D. *Que faut-il donc faire dans ce cas ?*

R. On inſiſtera ſur les moyens propoſés ci-devant, on appliquera des ſerviettes imbibées de vinaigre ſur le ventre & le haut des cuiſſes de la femme ; on entre-

tiendra le moins de chaleur poſſible dans la chambre; on remplira le vagin de lambeaux de linge fin trempés dans l'eau & le vinaigre, ou bien avec de la charpie, de la filaſſe fine, de l'agaric ou de l'amadou, afin de s'oppoſer à l'écoulement du ſang. On n'ôtera ce tampon que le plutard poſſible, s'il ne s'oppoſe pas à la ſortie des urines; & on le renouvellera ſi les circonſtances l'exigent (*a*).

D. *Comment doit-on procéder à l'accouchement, lorſque les choſes y paroiſſent mieux diſpoſées?*

R. Quelques Praticiens ont conſeillé de percer le placenta qui recouvre l'orifice de la matrice, & de paſſer la main à travers pour aller prendre les pieds de l'enfant: mais ce procédé ne devroit pas être admis, parce qu'il entraîne de nouveaux inconvéniens. On ne peut trouer ainſi le placenta, & paſſer la main à travers, ſans le détacher en totalité; & l'entraîner avec l'enfant, qu'on force de deſcendre également à travers cette maſſe: ce qui augmente la perte, tant du côté de la mère que du côté de l'enfant, &c.

(*a*) On a preſcrit dans ce même cas, de percer le placenta du bout du doigt, pour donner iſſue aux eaux de l'amnios; mais cette pratique eſt défectueuſe & bien moins recommandable que l'uſage du tampon dont nous venons de parler.

Il vaut mieux détacher le placenta du côté où son bord paroît le plus voisin de l'orifice de la matrice, & déchirer les membranes au-dessus de ce point; ce qui est plus sûr & plus facile à exécuter. Ayant ouvert les membranes de cette manière, on plonge la main jusqu'aux pieds de l'enfant; on les dégage aussitôt, & l'on termine l'accouchement en suivant les préceptes qui seront dictés par la suite.

Quant à la délivrance proprement dite, ou à l'extraction du placenta, on y procède à l'ordinaire; après avoir donné le temps à la matrice de se contracter & de se resserrer. Nous observerons seulement qu'il est alors difficile d'entraîner la totalité des membranes, si l'on n'y donne pas un soin particulier; parce que les ayant déchirées d'un côté au bord du placenta, elles achèvent de s'en séparer circulairement, au moindre tiraillement.

D. *La délivrance est-elle plus facile ou plus difficile à la suite de l'avortement, qu'après un accouchement à terme; & exige-t-elle d'autres soins?*

R. Si l'on n'entend par le mot *délivrance* que la sortie de l'arrière-faix, elle pourra paroître d'autant plus difficile, que la grossesse sera moins avancée à l'époque où se fera l'avortement; parce que dans les premiers mois, il ne nous reste aucune des

reſſources connues juſqu'ici, pour extraire le placenta ; nous ne pouvons tirer ſur le cordon ombilical pour entraîner cette maſſe, ni porter la main dans la matrice pour l'en délivrer, & il faut en outre beaucoup plus d'efforts pour l'expulſer. Plus la groſſeſſe s'éloigne du troiſième mois, & ſe rapproche de ſon terme, plus la délivrance devient facile.

D. *Que faut-il donc faire dans le cas d'avortement, quand l'arrière-faix ne vient pas avec le fœtus ?*

R. Il faut en attendre l'expulſion, ſi le cordon trop foible encore ne peut ſervir à l'extraire. L'Accoucheur doit borner ſes ſoins à ſolliciter les contractions de la matrice, en faiſant quelques frictions ſur la région hypogaſtrique de la femme ; & quand l'arrière-faix ſera deſcendu complétement dans le vagin, il l'accrochera du doigt recourbé, ſi les efforts de la femme ne peuvent l'expulſer.

D. *La ſortie du placenta ſuit-elle de bien près la ſortie du fœtus dans tous ces cas ?*

R. Quelquefois le tout ſemble venir en même temps ; d'autres fois ce n'eſt que pluſieurs heures, même pluſieurs jours après la ſortie du fœtus, que la nature rejette le délivre.

D. *Le placenta vient-il toujours entier dans ces ſortes de cas ?*

R. Quand on laiſſe agir la nature, le

plus souvent elle le rejette en entier ; mais quelquefois elle ne l'expulse que par lambeaux.

D. *Ne pourroit-on pas épargner tant d'efforts à la nature, en pinçant le placenta du bout de deux doigts, dès qu'il est engagé dans le col de la matrice, & qu'une portion en a déjà franchi l'orifice?*

R. Si l'on a extrait le placenta dans quelques cas, en tirant sur cette portion engagée dans le col de la matrice, c'est que les choses étoient disposées de manière que la délivrance ne devoit pas tarder à se terminer spontanément. Bien plus souvent l'Accoucheur déchireroit la portion de placenta qu'il auroit pincée de cette façon, & rendroit la sortie du reste plus difficile. Il vaut donc mieux abandonner les choses à elles-mêmes.

D. *Le placenta du fœtus abortif peut-il séjourner quelque temps dans la matrice, sans que la femme en éprouve des accidens?*

R. Elle en a bien moins à craindre dans ces sortes d'occasions, qu'à la suite d'un accouchement à terme. D'un côté, l'écoulement du sang sera moins abondant qu'après celui-ci ; & de l'autre, la putréfaction du placenta apportera moins de trouble dans les fonctions.

D. *Que faudroit-il faire si la rétention du placenta, après l'avortement, entretenoit une perte abondante?*

R. Il faudroit modérer cette perte, même l'arrêter par des moyens convenables ; car on ne peut extraire le placenta, ſi le col de la matrice n'eſt pas diſpoſé à lui donner iſſue.

On appliquera des ſerviettes imbibées de vinaigre, ou d'eau froide, ſur le ventre & ſur les cuiſſes de la femme ; & ſi ce moyen ne ſuffit pas, on tamponnera le vagin, en le rempliſſant de lambeaux de linge fin, de filaſſe, &c. comme on l'a preſcrit plus haut : on portera même une partie de ce tampon dans le col de la matrice, ſi on le peut. Ce moyen eſt bien plus efficace dans le cas dont il s'agit, que dans celui pour lequel nous l'avons déjà recommandé.

D. *Que deviendra l'arrière-faix, ſi vous vous oppoſez de cette manière à ſa ſortie?*

R. Son expulſion n'en ſera que plus prompte. Le tampon, le caillot qui ſe formera au-deſſus juſques dans la matrice même, & le placenta ſeront expulſés en même temps, dès que les contractions de la matrice auront acquis aſſez de forces pour ſurmonter les obſtacles qui s'oppoſoient à la délivrance. D'ailleurs, on ôtera le tampon, quand les efforts ſe ſoutiendront aſſez pour en eſpérer l'expulſion du délivre.

L'ignorance ſeule pourra ſe récrier contre l'uſage du tampon que nous preſ-

crivons ; mais l'Accoucheur doit se mettre au-dessus de ses clameurs.

D. *Que faudroit-il faire si le placenta du fœtus abortif venoit à se putréfier dans la matrice ?*

R. Il faudroit employer les injections recommandées, en traitant de la rétention du placenta, ou d'une partie du placenta seulement, après l'accouchement à terme ; & faire observer à la femme le même régime que dans ce dernier cas.

D. *La délivrance exige-t-elle quelques soins particuliers à la suite de l'accouchement de plusieurs enfans ?*

R. Pour fixer la conduite qu'on doit tenir dans ce cas, il faut exposer d'abord ce que les jumeaux ont de communiquant à l'arrière-faix.

Le plus souvent les jumeaux n'ont qu'un placenta qui leur est commun ; ou s'ils ont chacun le leur, ils sont tellement liés l'un avec l'autre, qu'ils ne paroissent former qu'une seule masse.

Il est très-rare que chaque enfant ait son placenta & ses membranes séparés & distincts.

Aucuns signes ne pouvant nous faire connoître avant la délivrance, si les jumeaux ont chacun leurs enveloppes particulières & leur placenta, ou si toutes ces parties leur sont communes, nous ne devons entreprendre de délivrer la femme qu'après

qu'après la ſortie du dernier enfant; car en amenant l'arrière-faix du premier, on détacheroit & on entraîneroit néceſſairement celui de l'autre: ce qui pourroit avoir des inconvéniens.

Nous en excepterons la circonſtance où le placenta vient comme de lui-même, après le premier enfant.

Pour opérer la délivrance, on ne tirera que ſur l'un des cordons, afin que le placenta préſente le moins de volume poſſible à l'orifice de la matrice, & qu'il le traverſe, ainſi que le canal du vagin, avec plus de facilité. Si l'on ne peut entraîner le placenta en tirant ſur le cordon qu'on aura ſaiſi d'abord, on eſſaiera de le faire en agiſſant ſur l'autre; & lorſqu'on ne pourra l'extraire en ſe conduiſant de cette manière, on en abaiſſera le bord au moyen de deux doigts introduits aſſez loin dans le col de la matrice, afin de le dégager ſous le plus petit volume poſſible.



CHAPITRE IX.

Du traitement de la femme après l'accouchement.

Des soins qu'on doit accorder à la femme immédiatement après la délivrance.

D. QUELS *sont les soins qu'on doit donner à la femme immédiatement après la délivrance?*

R. 1°. Dès que l'arrière-faix est sorti, l'Accoucheur doit introduire le doigt dans le vagin, pour s'assurer si le fond de la matrice n'a point suivi cette masse, & si cet organe ne s'est pas renversé, afin d'en faire aussi-tôt la réduction, si l'accident avoit lieu. Pendant cette courte perquisition, de l'autre main appliquée sur l'abdomen de la femme, il fera de nouvelles frictions pour exciter la matrice à se resserrer de plus en plus, & à expulser le sang qui pourroit s'être épanché dans sa cavité. Il répétera ces mêmes frictions de temps à autre pendant les premières heures; & à son défaut, la femme les fera elle-même. Moyennant cette précaution, non-seulement il ne s'accumulera pas de sang dans la matrice, & il ne s'y formera pas de gros caillots, mais encore les parois

de ce viſcère s'engorgeront moins, & la femme aura moins de tranchées à ſupporter.

2°. On mettra la femme sèchement; en ſubſtituant de nouveaux linges à ceux qui ſont mouillés, & qui conſtituent la garniture du petit lit. On la couvrira convenablement pour la défendre du froid, ou du courant d'air de la chambre, lorſqu'il y a eu de la ſueur pendant le travail, & ſur-tout ſi la peau eſt encore humide.

3°. On lui donnera une taſſe de bouillon, ſi elle a beſoin de réparer ſes forces; ou bien une taſſe d'eau ſucrée, pure ou teinte de vin, ſi elle ſe plaint de la ſoif, & de ſéchereſſe à la bouche.

4°. On ne permettra l'uſage d'aucune de ces boiſſons échauffantes, de ces liqueurs ſpiritueuſes, de ces élixirs, dont les bonnes femmes vantent l'efficacité pour relever les forces abattues, pour prévenir les tranchées, ou calmer le tremblement qui ſe manifeſte preſque toujours après la délivrance, & que bien des accouchées attribuent au froid.

5°. On recommandera à la femme de tenir les cuiſſes & les jambes rapprochées & alongées; de garder le ſilence, & de modérer les mouvemens de l'ame autant que ceux du corps; trop d'agitation de l'un & de l'autre pouvant lui devenir funeſte. On la laiſſera ſur le petit lit pendant

une heure ou deux, & même plus, si elle est menacée de perte ou de défaillance; & lorsqu'elle a répandu beaucoup de sang en accouchant.

6°. On aura soin de la tenir éveillée, pour qu'elle puisse prévenir de ce qu'elle éprouvera; & dans le cas où elle ne pourroit s'abstenir de dormir, on examinera de temps en temps si le sang ne coule pas trop abondamment, ou s'il ne se forme pas d'épanchement dans la matrice: plusieurs femmes ayant été victimes de l'un ou l'autre de ces accidens, pendant un sommeil de peu de durée; & d'autres s'étant éveillées dans un état d'épuisement.

Après le délai que nous venons de prescrire, on habillera la femme, on la garnira convenablement, on la transportera dans le lit préparé pour le temps des couches, & on s'occupera de son régime.

SECTION PREMIÈRE.

De l'habillement des femmes en couches.

D. QUEL *est l'habillement qui convient aux femmes récemment accouchées?*

R. Elles devroient se couvrir assez pour se préserver du froid, & de manière d'ailleurs à ne se procurer que le degré de chaleur qui leur convient; car les deux extrêmes sont également nuisibles.

En hiver, elles se couvriront la tête d'un bonnet de toile de coton piquée, & d'une coëffe ordinaire (*a*).

Elles se garniront le cou d'un ou de plusieurs fichus.

Elles se couvriront le sein d'une serviette mollette pliée en plusieurs doubles, qu'elles soutiendront d'une seconde assez longue pour entourer la poitrine, & se croiser sur le devant.

On pourra substituer à la première de ces deux serviettes, même à l'une & à l'autre, des pièces préparées pour les mêmes usages, qu'on appelle *pièces de seins.*

On couvrira pareillement le ventre d'une serviette mollette, pliée en quarré ou en triangle, qu'on soutiendra d'une autre placée en manière de bandage de corps.

Une chemise, une camisole de toile piquée, de molleton, ou de flanelle, une alaise en forme de jupon, & une serviette à demie usée placée entre les cuisses, contre la vulve, compléteront l'habille-

(*a*) Celles qui desirent conserver leur chevelure, feront très-bien de se faire peigner à fond avant d'accoucher, pour dépouiller les cheveux de la pommade & de la poudre, si elles en font usage habituellement. Cette précaution est salutaire d'ailleurs; elle facilite la transpiration, elle préserve de quelques maux de tête, des demangeaisons souvent insupportables, &c.

ment & la garniture de la femme en couches.

Nous obſerverons, 1°. qu'une chemiſe fort courte, fendue pardevant dans toute ſa longueur, ayant de longues manches, & une eſpèce de collet, vaut mieux qu'une chemiſe ordinaire dans les premiers jours des couches (*a*) ; 2°. que la camiſole devroit être aſſez large pour ſe croiſer ſur la poitrine ſans être trop ſerrée ; que les manches doivent en être aſſez longues pour deſcendre juſqu'aux poignets, & aſſez étroites en en bas pour les envelopper.

La femme nouvellement accouchée ſe couvrira moins en été qu'en hiver.

D. *Eſt-il bien néceſſaire d'appliquer autour de la poitrine & du ventre, l'eſpèce de bandage de corps dont vous venez de parler ?*

R. Cette précaution eſt aſſez inutile quant à la poitrine ; mais ſouvent on ne ſauroit s'en diſpenſer à l'égard du bas-

---

(*a*) Cette chemiſe, qui ne deſcend que juſqu'aux lombes de la femme, ne ſe trouve pas mouillée par les lochies dès le premier moment, comme une chemiſe ordinaire ; on n'eſt point obligé d'en changer auſſi ſouvent, & il eſt bien plus facile d'entretenir la femme dans la propreté qu'exige ſon état. Quand on préfère une pareille chemiſe, l'alaiſe, recommandée ci-deſſus pour entourer le bas du tronc, ainſi que les cuiſſes & les jambes, devient indiſpenſable.

ventre, sans exposer la femme à quelques inconvéniens.

D. *Que se propose-t-on, en général, en bandant la poitrine de l'accouchée ?*

R. Chez bien des femmes on ne se propose que de maintenir sur le sein la serviette mollette qui le recouvre, & de le défendre du froid. Mais quelques-unes, en serrant cette espèce de bandage un peu plus, imaginent pouvoir s'opposer à la montée du lait, prévenir le gonflement du sein, & les vergétures qui en sont la suite, & que rien ne peut effacer. C'est dans les mêmes vues que ces femmes ont recours à des topiques astringens, & qu'elles en recouvrent le sein dès les premiers momens : pratique on ne peut plus pernicieuse, & à laquelle les personnes de l'art doivent fortement s'opposer.

Les femmes de la campagne, qui ne pensent qu'à satisfaire au devoir de la nature, en allaitant leurs enfans, ignorent ces usages dangereux.

D. *Quelle est l'utilité du bandage que vous recommandez d'appliquer autour du ventre ?*

R. Les avantages de ce bandage sont évidens chez les femmes dont la grossesse a été volumineuse ; chez celles qui ont déjà eu plusieurs enfans ; chez celles enfin dont le ventre étoit en besace avant d'accoucher, & conserve beaucoup de capacité après l'accouchement. Ce bandage sou-

tient le poids des viſcères ; il modère les efforts qu'ils exercent continuellement ſur les muſcles & les tégumens affoiblis ; il prévient certaines eſpèces de hernies, ces éventrations, ces gros ventres en beſace, qui ſont ſi inſupportables à la plupart des femmes. Ce bandage eſt tellement néceſſaire dans les premiers momens, à l'égard de quelques-unes de ces femmes, qu'elles ne ſauroient ſe tenir un inſtant à leur ſéant, ſans éprouver des tiraillemens incommodes vers le bas de la poitrine, ſans ſe plaindre de vertiges, de défaillances, & même ſans tomber en ſyncope, ſi on ne l'employoit pas.

D. *Quel eſt l'inſtant où il convient de bander le ventre de l'accouchée ?*

R. Il convient de le faire immédiatement après la délivrance chez quelques femmes ; & chez d'autres ſeulement au moment où elles vont quitter le petit lit.

D. *Ce bandage doit-il être très-ſerré pour remplir les vues qu'on en attend ?*

R. Il ne doit l'être que médiocrement dans les premiers momens ; mais on le ſerrera un peu plus dans la ſuite. Un bandage trop lâche d'abord ne rempliroit pas ſon objet ; & un bandage trop ſerré donneroit lieu à quelques accidens.

D. *La femme doit-elle garder long-temps ce bandage ?*

R. Ce temps ne peut être fixé que par l'état du ventre même de la femme ;

quelques-unes le porteront une ſemaine ou deux ; & d'autres feront bien de le garder pluſieurs mois.

D. *Comment le lit de l'accouchée doit-il être diſpoſé?*

R. On n'ajoutera rien au lit ordinaire de la femme ; on le garnira ſeulement de manière qu'on puiſſe l'entretenir proprement, en ſubſtituant du linge ſec & blanc de leſſive à celui qui ſera gâté par les vuidanges : pour ſe procurer cet avantage, on garnira ce lit d'une alaiſe, & même de deux, depuis le deſſous de l'oreiller juſqu'au-delà du point où doivent porter les feſſes de la femme.

On fera ces alaiſes d'un drap plié en pluſieurs doubles ; & on les attachera par les quatre coins au bord du lit.

On chauffera ce lit au moyen d'une baſſinoire, un inſtant avant d'y faire entrer la femme ; ſur-tout en hiver, pour corriger la fraîcheur & l'humidité des draps. Si l'on ne peut ſe procurer de baſſinoire, dont l'uſage eſt peu familier dans les campagnes, on enveloppera la femme juſqu'au-delà des pieds, dans une alaiſe chaude, pour qu'elle ne ſoit pas ſaiſie par le froid du lit en y entrant, & qu'elle n'éprouve pas le tremblement qui eſt la ſuite de cette impreſſion.

En été, il ſuffira que les linges de la garniture du lit, & ceux qui entourent

le corps de la femme, soient bien secs de lessive.

D. *La femme récemment accouchée peut-elle, sans inconvéniens, passer d'elle-même d'un lit dans un autre?*

R. La plupart peuvent le faire : il suffit d'approcher le lit sur lequel elles sont accouchées, de celui qui doit leur servir pendant leurs couches. Mais il en est de trop foibles pour soutenir ce léger exercice, ou qui ne pourroient le faire sans en être incommodées : on portera ces dernières.

SECTION II.

Du régime que doit observer la femme en couches.

D. *QUEL est le régime qu'il convient d'observer pendant le temps des couches?*

R. Ce régime doit être fixé par l'état de la femme même; par la nature des accidens qui auront accompagnés le travail de l'enfantement, ou qui se manifesteront après l'accouchement.

Le régime ne s'entend pas seulement du choix & de la quantité des alimens qu'on doit accorder à la femme; mais encore de tout ce qui l'environne, & qui pourroit lui devenir nuisible.

Il est important, 1°. que la femme en couches respire un air libre & pur, c'est-à-dire, qui ne soit ni trop chaud ni trop froid, ni trop sec ni trop humide, & qui ne contienne d'ailleurs aucune odeur.

Le parfum de la rose, du jasmin, de la violette, &c. pouvant être aussi nuisible que l'odeur pénétrante du musc & de l'ambre ; même qu'un air chargé de miasmes putrides.

On aura donc l'attention que la chambre de l'accouchée ne soit ni trop chaude ni trop froide, & d'en renouveller l'air plusieurs fois dans la journée, en ouvrant la porte ou la croisée pendant un instant, même en hiver. On ne renfermera pas la femme sous les rideaux du lit; on ne l'accablera pas du poids de ses vêtemens & de ses couvertures ; on n'admettra que peu de personnes à la fois dans sa chambre ; & on en refusera l'entrée à toutes celles qui porteront des fleurs, ou des odeurs.

On changera fréquemment les linges qui servent d'alaises & de chauffoirs à l'accouchée, & on ne laissera aucun de ces linges dans la chambre ; où l'on a la dangereuse coutume de les entasser les uns sur les autres, soit dans un coin, soit dans le fond d'une armoire : c'est ainsi qu'on entretiendra la salubrité de l'air.

La chambre de l'accouchée devroit être

éloignée du grand bruit, & il ne sauroit y régner trop de silence. Il ne faut la tenir ni dans une trop grande obscurité; ni trop éclairée. En hiver, & sur-tout pendant la nuit, on aura l'attention de n'y tenir qu'une seule lumière; & si on se sert d'huile pour l'entretenir, on observera qu'elle ne répande pas de ces odeurs suffoquantes, que les personnes même en bonne santé ont peine à supporter.

La femme en couches ne s'abandonnera à aucune passion violente, de quelque espèce qu'elle soit; un accès de joie immodérée pouvant lui devenir aussi funeste qu'un mouvement de grande colère, &c.

On n'obligera pas l'accouchée à garder la même position des jours entiers, comme on l'exige encore assez souvent à l'égard de quelques-unes. Elle se couchera tantôt sur le dos, tantôt sur un côté ou sur l'autre, & se mettra même sur son séant, si les forces le lui permettent. Ces mouvemens, ces changemens de positions ne doivent être défendus qu'aux femmes qui sont épuisées par l'hémorrhagie; parce qu'elles ne sauroient s'y livrer sans éprouver de grands maux de tête, des vertiges, des bourdonnemens d'oreilles & des défaillances.

D. *Quels sont les alimens qu'on doit accorder à la femme nouvellement accouchée?*

R. Ces alimens doivent être de facile digestion, & en assez grande quantité pour réparer & soutenir les forces; une diète trop sévère pouvant avoir des inconvéniens aussi bien que l'excès contraire. En général, on donnera plus d'alimens à la femme qui nourrit son enfant, qu'à celle qui ne doit pas allaiter.

On accordera une soupe à la première pour son déjeûner, & une autre, avec un peu de légumes, ou un œuf frais, pour son dîner; un bouillon avec une croûte de pain pour le goûter, & autant au souper. On retranchera quelque chose de ce régime le troisième & le quatrième jour, si le lait se porte au sein avec trop d'abondance; s'il survient alors de l'élévation & de la fréquence dans le pouls; en un mot, si la femme, quoique nourrice, éprouve à un degré marqué ce que nous appellons *fièvre de lait.* Après ce temps on pourra donner des alimens plus solides encore; & la femme reprendra insensiblement sa manière de vivre ordinaire.

La femme qui n'allaite pas son enfant aura moins besoin de nourriture que la première. Si on lui accorde chaque jour quelques légers potages jusqu'au moment de la montée du lait, on les lui retranchera pendant le temps de cette révolution, & on ne lui donnera alors que du

bouillon (*a*). Après ce temps, on augmentera graduellement les alimens; on accordera des légumes, des œufs, de la volaille, &c.

D. *Quelle est la boisson qu'on doit donner aux femmes en couches?*

R. Toutes les boissons d'usage conviennent aux femmes en couches à l'heure des repas. On donnera du vin à celles qui pourront se le procurer; mais elles le couperont à moitié, même aux deux tiers, avec de l'eau. Les autres boiront de l'eau pure, de la bière, ou du cidre, selon l'habitude où elles seront à cet égard.

L'eau commune un peu sucrée, ou édulcorée, soit avec le syrop de capillaire, de violette ou de guimauve, servira de boisson ordinaire dans l'intervalle des repas; on pourra y substituer une tisanne d'orge, de chiendent & de réglisse; ou bien une légère infusion de capillaire, de véronique, de bourache, &c. selon les circonstances.

(*a*) Autant qu'il est possible, le bouillon sera fait avec le bœuf, le veau & la volaille. Nous présumons bien que toutes les femmes de la campagne ne pourront se procurer cet avantage; mais qu'on observe que nous traçons ici un plan de conduite général, & que nous avons en vue le traitement des femmes qui vivent dans une sorte d'aisance, & de celles qui sont les plus indigentes.

D. *Doit-on donner ces boiſſons chaudes ou froides ?*

R. L'uſage de ne donner à la femme que des boiſſons chaudes, même tièdes, a ſes inconvéniens : elles débilitent les forces de l'eſtomac, & rendent les digeſtions pénibles à la ſuite des couches.

On ne doit donner la boiſſon tiède que lorſqu'il y a de la moiteur à la peau. Dans le reſte du temps, on la donnera à la température ordinaire, & telle que la femme la prendroit dans l'état de ſanté, excepté cependant à la glace.

D. *Ne doit-on rien changer à la boiſſon des femmes en couches pendant la fièvre de lait ?*

R. On continuera la boiſſon que la femme aura préférée, ſi elle nourrit ſon enfant. Mais on fera prendre aux autres quelques verres de ces infuſions théiformes dont nous avons parlé, afin d'exciter ou d'entretenir la tranſpiration, & d'augmenter les urines. Quelques taſſes de thé léger; d'infuſion de fleurs de ſureau, de tilleul, &c. rempliront les mêmes vues.

D. *Ces boiſſons ſuffiſent-elles pour évacuer le lait, chez les femmes qui ne nourriſſent pas leurs enfans ?*

R. Ces boiſſons ſuffiroient à l'égard de bien des femmes, ſi elles évitoient ſoigneuſement de s'expoſer à l'intempérie de l'air, & ne commettoient aucune faute

dans le régime. Mais il eſt rare qu'on s'en tienne à des remèdes auſſi ſimples & auſſi peu diſpendieux : ſoit parce que les femmes qui ne nourriſſent pas ne ſe croiroient point en ſûreté après l'uſage de pareils moyens, ſoit parce que des circonſtances particulières ne permettent pas de s'y borner. Auſſi-tôt que la fièvre de lait eſt paſſée, & que la matière des vuidanges commence à blanchir & à devenir laiteuſe, on adminiſtre tous les matins, ou de deux jours l'un ſeulement, un lavement compoſé de la décoction de quelques plantes émollientes, & de trois ou quatre onces de miel commun, ou de miel mercuriel ; auquel on ajoute encore, par fois, quelques gros de criſtal minéral, & plus ſouvent de ſel de duobus.

On donne à la femme quelques verres d'une tiſanne faite avec la racine de canne, de roſeau, de perſil, & autres de cette eſpèce.

On leur fait prendre tous les matins deux ou trois taſſes d'infuſion de chicorée, de bourache, de cerfeuil, & autres plantes ſemblables ; ou bien on compoſe de ces plantes une eſpèce de bouillon, auquel on ajoute un gros ou deux de ſel d'ipſom, de glaubert, ou de duobus, même de ſel marin en aſſez grande quantité, pour lui donner un certain degré d'amertume.

Nous préférons ces ſortes de ſels à celui

de duobus, dont bien des femmes ont à ſe plaindre de l'uſage qu'on en fait encore journellement.

Le ſel marin eſt moins diſpendieux pour les femmes de la campagne, il ſe trouve par-tout, & peut remplir les mêmes vues.

Après l'uſage de ces remèdes, on adminiſtre une ou pluſieurs médecines ; compoſées de deux gros de ſené mondé, de deux onces de manne, & de deux gros de ſel d'ipſom ou de glaubert.

D. *Les femmes qui ne nourriſſent pas ne ſont-elles point obligées d'employer quelques topiques ſur le ſein ?*

R. On ne ſauroit approuver la plupart de ceux que quelques bonnes femmes preſcrivent à cet égard. Les unes ſe font appliquer des linges trempés dans l'eau-de-vie ; d'autres, des linges enduits de beurre ſalé, de ſuif, d'huile, de cérat, d'onguent populeum ; ou de diverſes pommades, dont la formule ſe tranſmet de génération en génération dans la même famille. Celles-ci recouvrent le ſein de perſil ; celles-là le garniſſent de pervenche, &c. La nature n'a beſoin d'aucun de ces prétendus ſecours : il ſuffit de tenir le ſein couvert mollement & chaudement, pour le défendre du contact de l'air froid. Loin de chercher à modérer la montée du lait, & de s'y oppoſer, comme le font bien des

femmes, il faut favoriser son ascension au sein autant qu'il est possible.

D. *L'état des parties naturelles de la femme n'exige-t-il pas quelques soins après l'accouchement?*

R. Il est important de s'en occuper, sur-tout lorsque ces parties ont éprouvé quelques contusions ou déchirures, & qu'elles ont été violemment distendues lors du passage de l'enfant; parce qu'elles se tuméfient presque aussi-tôt après l'accouchement, & qu'elles peuvent s'enflammer & s'ulcérer. Les urines & la matière des vuidanges dont elles sont baignées à chaque instant, y excitent d'ailleurs des cuissons & des douleurs insupportables, qu'il faut s'efforcer de calmer.

On s'en occupera donc, & on fera plusieurs fois le jour des fomentations émollientes & résolutives sur ces parties; jusqu'à ce que le gonflement soit dissipé, que la douleur soit cessée, & que la réunion ou la consolidation des parties déchirées se soit opérée.

La décoction de racine de guimauve, le lait chaud, serviront dans les premiers momens; & on emploiera dans la suite l'infusion de fleurs de sureau, de camomille & de melilot; ou bien le vin chaud, auquel on ajoutera un peu de miel.

Quoiqu'il ne survienne ni gonflement,

ni tenſion douloureuſe à ces parties, chez bien des femmes, il eſt utile néanmoins d'y faire des lotions, une ou pluſieurs fois le jour, ſoit avec du lait, comme le font la plupart des femmes, ſoit avec de l'eau de guimauve & de ſureau; pour les nettoyer, & prévenir les cuiſſons & les démangeaiſons que le paſſage des vuidanges peut exciter.

Ces lotions doivent ſe faire ſans expoſer la femme au froid, & ſans la découvrir; ſur-tout dans le temps des ſueurs qui accompagnent la révolution du lait.

D. *Doit-on approuver l'uſage de ne changer de linges & de lit qu'après les ſix ou ſept premiers jours de couches?*

R. Cet uſage eſt on ne peut plus ridicule; & l'ignorance ſeule paroît l'avoir perpétué & conſervé juſqu'à nous.

On doit changer de linges toutes les fois qu'ils ſeront mouillés, ſoit par les ſueurs, ſoit par le lait, ou par les vuidanges. On aura ſeulement la précaution de ne pas en changer pendant la ſueur, & de n'en donner que de bien ſecs & un peu chauds. Si l'on peut ſe diſpenſer de changer de chemiſe tous les jours, dans le premier temps, on doit renouveller très-ſouvent les alaiſes qui garniſſent le lit, & ſur-tout les linges qui ſervent à recevoir les vuidanges.

On peut tranſporter la femme tous les

jours d'un lit sur un autre ; excepté pendant la révolution du lait, & lorsque des circonstances particulières s'y opposent.

D. *A quel terme des couches la femme peut-elle se lever & commencer à marcher ?*

R. Ce terme ne peut être encore fixé que d'après l'état même de la femme. Si les unes peuvent se tenir levées, & marcher après les cinq ou six premiers jours, il en est d'autres qui ne sauroient le faire au dixième, & même au douzième, sans en être incommodées ; & sans éprouver des pesanteurs de matrice, des tiraillemens douloureux dans le bas-ventre, &c.

En général, les femmes de la campagne quittent leur lit, & reprennent leurs occupations domestiques de trop bonne heure. La plupart vont à l'église & aux champs, s'exposent au froid & à l'humidité, dans un temps où elles devroient au plus rester levées quelques instans de la journée.

L'usage où elles sont de nourrir leurs enfans, ne sauroit les dispenser de prendre plus de précautions ; puisque l'allaitement ne les met pas à couvert d'une foule d'infirmités, plus ordinaires chez elles que chez les femmes qui habitent les villes.

❋

CHAPITRE X.

De l'emmaillotement, & du régime de l'enfant.

SECTION PREMIÈRE.

De l'emmaillotement.

D. *QUELS ſont les ſoins qu'on doit accorder à l'enfant avant de l'emmailloter?*

R. Quelques-uns de ces ſoins ſemblent n'être dictés que par un eſprit de propreté, pendant que d'autres ſont de la plus grande importance. Les premiers conſiſtent à dépouiller le corps de l'enfant d'une eſpèce de pommade viſqueuſe & tenace qui le recouvre en quelques endroits; les derniers, à rechercher s'il n'exiſte aucuns vices de conformation, ou accidens qui puiſſent influer ſur la vie de l'enfant, afin d'y apporter les remèdes néceſſaires.

D. *Comment doit-on nettoyer le corps de l'enfant de l'enduit viſqueux dont il s'agit?*

R. La plupart des femmes qui ſe chargent de ce ſoin, s'efforcent de détacher cet enduit, en eſſuyant aſſez rudement

les endroits où il se trouve, soit avec un linge sec, soit avec un linge trempé dans l'eau chaude ou le vin; ce n'est que par des frottemens réitérés qu'elles y parviennent, & encore ne le font-elles qu'imparfaitement, & en tournentant horriblement l'enfant; parce que cet enduit tient fortement à la peau, & qu'il n'est nullement susceptible d'être détrempé ni par l'eau, ni par le vin.

On commencera par le rendre coulant & bien liquide, en frottant légérement par-tout où il se trouve, avec un linge trempé dans l'huile, ou le beurre fondu, & on l'enlevera facilement ensuite en essuyant avec un linge sec. On en dépouillera sur-tout les aisselles & le plis des aînes, où il est pour l'ordinaire assez abondant; afin que la rancidité qu'il acquiert promptement par la chaleur du corps, n'excite pas la rougeur & l'excoriation de ces parties.

On donnera plus de soins encore à en nettoyer les parties naturelles chez les petites filles; parce que ces parties s'enflamment & s'ulcèrent bien plus facilement que les autres, & qu'indépendamment de la douleur qui en est inséparable alors, il s'y établit des écoulemens, qu'on pourroit attribuer à des maladies moins bénignes.

Après avoir nettoyé l'enfant de cette

espèce de pommade, on le lavera avec de l'eau tiède, pure, ou mêlée avec le vin. On doit éviter, dans le premier moment, de le laver & de le baigner à l'eau froide, comme quelques-uns le recommandent; si le bain froid peut entrer dans le plan de l'éducation physique des enfans, il convient de les y accoutumer insensiblement, en diminuant de jour en jour, & par degrés, la chaleur de l'eau.

D. *Quels sont les accidens & les vices de conformation qui exigent les secours de la Chirurgie dès les premiers momens de la naissance?*

R. Les accidens dont il s'agit peuvent être la suite des efforts naturels de l'accouchement, ou de ceux que l'on a faits pour le terminer. Tantôt ce sont des contusions, des bosses ou des dépressions à la tête, & tantôt une fracture ou une luxation à l'une des extrémités.

Les vices de conformation auxquels il convient de remédier dès les premiers jours, sont le filet, l'imperforation de l'anus, & celle du canal de l'urètre (*a*).

D. *Comment doit-on habiller l'enfant?*

R. On doit commencer par couvrir sa

(*a*) Ces accidens & ces vices de conformation feront le sujet d'un chapitre particulier.

tête d'une eſpèce de coëffe appellée *béguin*, & d'un bonnet de toile piquée, de coton, ou de laine, qu'on fixera au moyen d'une bandelette qui paſſe ſous le menton, & de l'un à l'autre côté de cette coëffure.

On lui mettra enſuite une demi-chemiſe & une camiſole, appellées *braſſières*, qui ſe croiſeront ſur le dos. La camiſole ſera de toile, de futaine, ou de molleton, ſelon la ſaiſon.

Ayant couvert la tête & la poitrine, on placera autour du ventre un bandage propre à ſoutenir le bout de cordon qu'on a conſervé & lié ſoigneuſement. Cet appareil ſera compoſé de deux compreſſes à-peu-près quarrées, & d'une troiſième en forme de bande, & aſſez longue pour faire le tour du corps. L'une des deux premières compreſſes ſera fendue au milieu de l'un de ſes bords juſqu'au centre, où l'on fera une petite échancrure pour paſſer le cordon. On couchera le cordon ſur cette compreſſe, qu'on recouvrira de la ſeconde, en montant vers le côté gauche du ventre; & on contiendra le tout au moyen de la troiſième.

On obſervera de ne pas trop ſerrer ce bandage, & de le renouveller dans la ſuite, toutes les fois qu'il ſera gâté par les urines, ou les excrémens de l'enfant.

Pour que le cordon ne s'attache pas trop

trop fortement aux premières compresses, en se desséchant, & qu'on puisse aisément les changer sans tirailler l'ombilic, on les enduira d'un peu de beurre frais, du côté qui touchera ce cordon.

D. *En quoi consiste le reste du maillot, ou de l'habillement de l'enfant?*

R. On enveloppera le corps d'un double lange, dont l'un sera de toile à demi-usée & l'autre de toile piquée, depuis les aisselles jusqu'au-delà des pieds. On croisera ces langes sur le devant, on relevera l'excédent de leur longueur sur les jambes, & on assujettira le tout au moyen de quelques épingles; mais de manière que la poitrine ne soit pas serrée, & que l'enfant puisse aisément remuer les extrémités.

On mettra un fichu sur le col, & un second lange, soit de futaine, ou de laine, pardessus les premiers, si c'est en hiver. On garnira ce dernier lange d'une serviette, & on y renfermera les bras de l'enfant, lorsqu'il fera très-froid.

Pour empêcher que la tête ne ballotte, & ne tombe de côté & d'autre lorsqu'on porte l'enfant sur les bras, ce qui peut avoir des inconvéniens, on la fixera au moyen d'une bandelette passée sous celle du bonnet, & attachée en manière de martingale, sur le devant de la poitrine; ou bien en faisant monter le dernier lange

du maillot aſſez au-deſſus de la tête, pour en former une eſpèce de chaperon (*a*).

D. *L'eſpèce de maillot que vous venez de décrire eſt-il auſſi commode & auſſi sûr que celui qui eſt ſoutenu par des tours de bandes multipliés, ainſi qu'on le fait encore dans la plupart des campagnes?*

R. Les femmes de la campagne, qui ſont dans l'uſage dangereux de laiſſer l'enfant à la garde d'un autre, à peine aſſez fort pour le porter, trouveront ce maillot moins sûr & moins commode que celui qui eſt affermi par des tours de bandes; & dans lequel les bras ſont ſerrés contre le corps, les cuiſſes & les jambes fortement rapprochées l'une de l'autre, de ma-

(*a*) On ne ſauroit trop recommander aux femmes chargées d'emmailloter l'enfant, & de le changer de langes dans les premiers temps, de le faire avec les plus grands ménagemens, & de prévenir ce ballottement & ces ſecouſſes de la tête. Après de pareilles ſecouſſes, nous avons vu la face devenir livide, & l'enfant périr de convulſions avant qu'il ne fût emmailloté: il étoit né bien portant, & ſans aucun ſymptome de l'engorgement du cerveau.

Ces femmes doivent éviter auſſi ſoigneuſement de tenir l'enfant ſuſpendu par l'un des bras, tandis qu'elles paſſent ſous lui les langes qui doivent l'envelopper; parce qu'elles peuvent luxer ce bras.

nière que l'enfant ne peut y exercer le plus petit mouvement.

Quelques-unes préféreront ce dernier maillot, dans la crainte que l'enfant enveloppé plus lâchement n'éprouve du froid; ou que ses membres trop en liberté ne prennent une tournure vicieuse, &c.

Qu'elles se rassurent contre tant de craintes! Les enfans tenus en liberté dans leurs langes sont ceux qui se ressentent le moins de la rigueur des saisons; parce que la chaleur qui leur convient dépend bien plus de l'activité de leurs organes, & des mouvemens de leurs membres, que des langes multipliés dont le poids les accable. Les enfans les mieux faits à l'époque de quelques années, sont ceux qui ont été le moins exposés à la torture, qui est inséparable d'un pareil maillot.

On ne sauroit trop répéter combien l'usage de ces bandes est pernicieux, combien il est contraire à l'intention de la nature, à la tranquillité & au développement de l'enfant; sur-tout chez les habitans de la campagne, qui ne donnent à leurs enfans que des langes de grosse toile, dont la trame se voit profondément imprimée sur leur corps, toutes les fois qu'on les change.

D. *Doit-on se faire une règle de ne changer les enfans de langes qu'à des heures marquées dans la journée?*

R. Cet uſage, aſſez généralement obſervé dans les campagnes, n'a pu naître que du ſein de la pauvreté même, qui manque du néceſſaire, pour celui qu'il conviendroit ſi fort d'adopter. La règle eſt de changer l'enfant toutes les fois que ſes langes ſont mouillés, ſoit par ſes urines ou par ſes excrémens.; & toutes les femmes s'en feroient une loi, ſi elles conſultoient un peu plus leurs propres intérêts. Non-ſeulement elles changeroient leurs enfans de langes toutes les fois qu'ils ſeroient mouillés, mais elles auroient encore le ſoin de laver les parties de l'enfant, qui ont été ſalies par ſes excrémens, au lieu de ſe borner à les eſſuyer à demi. Au moyen de ces ſoins, les femmes aſſureroient davantage leur repos & celui de l'enfant; parce qu'elles préviendroient ces rougeurs des feſſes & du pli des aînes, ces gerçures & ces excoriations, qui l'entretiennent dans un état de douleur cuiſante, & de veille permanente.

D. *De quelle manière l'enfant doit-il être couché dans ſon berceau?*

R. Soit qu'on ſe ſerve d'un berceau ordinaire, ou de l'un de ces paniers connus ſous le nom de *barcelonettes*, l'enfant doit y être couché, pendant les premières heures, ſur l'un des côtés, la tête étant un peu plus élevée que les pieds, afin qu'il puiſſe rendre plus facilement les hu-

meurs muqueuſes qui abondent dans la bouche.

On le couchera dans la ſuite, tantôt ſur un côté, & tantôt ſur l'autre, ou ſur le dos.

On placera le berceau en face de la croiſée, d'où la chambre reçoit ſon plus grand jour; afin que la lumière tombe directement ſur les yeux, & que l'enfant ne s'habitue pas à loucher.

D. *Doit-on bercer l'enfant, c'eſt-à-dire, agiter le berceau dans lequel il eſt couché, lorſqu'on ſe propoſe de l'endormir?*

R. Une douce agitation du berceau ne peut devenir nuiſible à l'enfant; mais une agitation violente pourroit avoir des inconvéniens. Continuée pendant quelques inſtans, elle détermine le ſommeil; mais c'eſt plutôt un état comateux, qu'un repos naturel. On pourroit comparer ce ſommeil à celui qu'on procure momentanément à une poule, en lui faiſant décrire des mouvemens en fronde; après lui avoir placé la tête ſous l'une des aîles; expérience aſſez familière aux jeunes gens de la campagne.



SECTION II.

Du régime de l'enfant jusqu'à l'époque du sevrage.

D. QUEL *est le régime qui convient à l'enfant dans les premiers jours de sa naissance?*

R. L'enfant n'a pas besoin de nourriture avant qu'il n'ait évacué abondamment son méconium. On lui donnera de l'eau sucrée quelques instans après sa naissance, & on continuera de lui en faire boire dans le cours des premières heures; & s'il n'évacue pas, on lui administrera une once de syrop de chicorée composé, en y ajoutant une pareille quantité d'eau. On lui fera prendre cette potion en plusieurs fois, dans l'espace de trois ou quatre heures; & on continuera dans la suite l'usage de l'eau sucrée.

Ce syrop est préférable aux potions purgatives plus composées, & à ces petites boules de beurre roulées dans le sucre, que bien des femmes administrent à leurs enfans dès les premiers momens, dans les vues de les évacuer. On doit également le préférer à l'huile d'amandes douces que prescrivent quelques-uns, & que les femmes de la campagne mêlent souvent à la bouillie

qui ſert chez elles de premier aliment à l'enfant, & qu'elles lui font avaler un inſtant après ſa naiſſance.

Rien ne peut remplacer ces légers purgatifs amers, quand l'eſtomac de l'enfant eſt tapiſſé de glaires qui lui ôtent toute aptitude pour tetter, & lui font éprouver de fréquentes nauſées. Il eſt bon d'en continuer l'uſage au-delà des premiers jours, quand la teinte jaune qui ſurvient à l'enfant, paroît un peu plus foncée que de coutume; mais on ne les donne alors qu'à la doſe d'un quart de cuillerée, le matin & le ſoir, mêlé avec deux parties égales d'eau.

D. *A quel temps l'enfant commence-t-il à évacuer le méconium & les urines ?*

R. Quelquefois c'eſt à l'inſtant même de ſa naiſſance; d'autres fois ce n'eſt que cinq ou ſix heures après, & même plus tard. Lorſqu'il n'évacue pas dans le cours des vingt-quatre ou trente-ſix premières heures, il faut examiner ſi l'inteſtin rectum, ou le canal de l'urètre, ne ſeroit pas imperforé; afin de remédier promptement à ce vice de conformation, ſi on le peut.

D. *Quel eſt l'inſtant où l'enfant doit commencer à tetter ?*

R. Lorſque l'enfant ne ſera pas allaité par ſa mère, on ne le laiſſera tetter que dix-huit ou vingt-quatre heures après ſa naiſſance; & même plus tard, ſelon qu'il aura évacué

plus ou moins son méconium, & que le lait de la nourrice aura plus ou moins de consistance. Mais la femme qui allaitera son enfant, pourra le présenter au sein une heure ou deux après la délivrance, & même plutôt : le premier lait, qu'on nomme *colostrum*, étant regardé généralement comme le meilleur purgatif qu'on puisse donner à l'enfant. Bien des femmes se persuadent même qu'on ne doit en employer aucun autre, & que le syrop de chicorée que nous avons recommandé devient alors inutile. D'autres imaginent qu'en commençant à donner le sein de très-bonne heure, elles auront moins de difficultés à surmonter dans l'allaitement.

Mais le peu de lait, ou de *colostrum*, que tette l'enfant, ne sauroit toujours le dispenser des légers purgatifs que nous avons prescrits. On lui fera boire de l'eau sucrée par intervalle, & on lui donnera du syrop de chicorée, ou d'un autre également purgatif, s'il n'évacue pas convenablement.

D. *Est-il nécessaire que la femme donne à tetter aussi-tôt après l'accouchement, pour réussir dans l'allaitement ?*

R. Non : cette attention n'est pas nécessaire. Des milliers de femmes n'ayant commencé à donner à tetter que le deuxième, le troisième jour, & même plus tard, n'ont pas éprouvé plus de difficultés que celles qui l'avoient fait un instant après

leur délivrance, & ont eu le même ſuccès. On évitera ſeulement d'en faire le premier eſſai, dans le temps où le ſein ſera pleinement diſtendu par le lait; parce que le mammelon ſe développe moins facilement alors, & que la ſuccion excite plus de douleurs. On commencera donc avant ce moment, autant qu'on le pourra; ou bien l'on attendra que le ſein ſoit devenu plus ſouple.

D. *L'époque de la montée du lait, ou du gonflement du ſein, n'indique-t-elle pas le moment où l'on devroit commencer à faire tetter l'enfant?*

R. Quelques femmes ſont dans l'opinion que l'enfant n'a beſoin d'aucun aliment avant ce moment, qui eſt le troiſième jour; puiſque ce n'eſt qu'à cette époque que le gonflement du ſein a lieu. D'autres rapportent à ce même principe, l'inaptitude de certains enfans à prendre le ſein, ou l'eſpèce d'indifférence qu'ils témoignent lorſqu'on le leur préſente. Sous le faux prétexte qu'il n'a aucun beſoin, on le laiſſe jeûner pendant des jours entiers, on le laiſſe affamer ou affoiblir, de manière qu'il n'a plus dans la ſuite la force de tetter, & qu'il ſuccombe d'inanition.

Quand un enfant ne tette pas avec avidité après vingt-quatre ou trente-ſix heures, c'eſt qu'il a beſoin d'être évacué, ou qu'il ne peut ſaiſir le bout du ſein. Son inap-

titude, dans ce dernier cas, vient de ce qu'il a le filet, ou de ce que le bout du sein est trop court, trop gros, ou trop applati, &c.

D. *Toutes les femmes peuvent-elles nourrir leurs enfans ?*

R. La nature, en leur accordant le titre de mère, semble leur prescrire d'allaiter elles-mêmes leurs enfans; mais elle ne paroît pas avoir donné également à toutes les femmes les qualités nécessaires pour bien remplir ce devoir. Si elle accable les unes de maux & d'infirmités, pour s'être soustraites volontairement à la loi rigoureuse qu'elle leur impose à cet égard; trop d'asservissement à cette même loi ne deviendroit pas moins préjudiciable à d'autres, qu'aux enfans qu'elles entreprendroient d'allaiter.

Il est des femmes dont la santé est trop délicate, pour qu'elles puissent allaiter. Il y en a qui perpétueroient chez leurs enfans les principes qu'elles leur ont transmis, d'une maladie souvent incurable dont elles sont elles-mêmes affectées; telles que la phthisie, le virus psorique, &c. Il en est enfin qui ne peuvent allaiter, quoiqu'elles jouissent de tous les avantages d'une bonne constitution, même qu'elles aient beaucoup de lait; parce qu'elles ont le bout du sein peu disposé à transmettre cet aliment à l'enfant.

D. *Quels sont les vices de conformation du mammelon, qui peuvent rendre l'allaitement difficile, ou impossible?*

R. On doit regarder comme tels, la dureté extrême de cette partie, & son défaut de longueur. Le bout du sein, quelquefois, au lieu d'être saillant, se trouve comme enfoncé dans le corps de la mamelle, & l'on ne voit à la place qu'il doit occuper, qu'une dépression semblable à celle qu'auroit pu faire le bout du petit doigt. D'autres fois il est très-gros, & si applati, que l'enfant ne peut le pincer; ou bien il est si dur, qu'il ne sauroit se développer, & donner passage au lait.

D. *Les femmes qui se proposent de nourrir ne devroient-elles pas s'y préparer avant l'accouchement?*

R. Il en est beaucoup qui feroient bien de s'en occuper pendant les derniers temps de la grossesse, & qui ne sauroient allaiter sans ces préparations. Elles les commenceront plutôt ou plus tard, selon qu'elles auront plus ou moins de difficultés à surmonter. Si quelques semaines suffisent aux unes, les autres ont besoin de s'en occuper pendant plusieurs mois.

D. *En quoi consistent les préparations dont il s'agit?*

R. Elles consistent, pour quelques femmes, à ramollir le bout du sein & à

le développer ; & pour d'autres, seulement à diminuer son extrême sensibilité.

On procurera de la souplesse aux mammelons, & on les amollira lorsqu'ils seront trop durs, en les humectant souvent avec de la salive, avec de l'eau tiède, ou de l'eau de guimauve ; & en les tenant couverts d'un linge trempé dans l'une de ces dernières.

On développera le mammelon, & on le rendra plus perméable au lait, en faisant tetter la femme pendant les dernières semaines, même les derniers mois de la grossesse, soit par une personne saine, ou par des petits chiens. Au défaut de ces secours, on se servira d'une pipe, soit de verre, soit de terre cuite, ou de toute autre matière. On connoît des pompes & des suçoirs destinés aux mêmes usages. Mais le moyen le plus sûr, selon nous, est de se servir de petites bouteilles de verre blanc, en forme de ballon, dont le col soit un peu alongé, & médiocrement évasé à son entrée.

On échauffe cette bouteille, en y mettant de l'eau presque bouillante, ou en la présentant au feu ; on l'applique au sein de manière que le mammelon puisse s'engager dans le goulot, & que l'air n'y trouve aucun accès ; on la tient ainsi pendant quelques minutes, & jusqu'à ce que le mammelon s'y trouve alongé de cinq

à ſix lignes. On répète cette préparation tous les jours, matin & ſoir, & autant de temps que les circonſtances l'exigent.

Les femmes qui ont beſoin de ces précautions, feront bien d'ailleurs de porter habituellement des petits étuis deſtinés à conſerver le bout du ſein. Ces étuis, qui ſont de buis, d'ivoire, de cire, ou d'un métal très-mince, reſſemblent aſſez bien à un chapeau détrouſſé, & ſont connus de tout le monde.

On diminue la grande ſenſibilité du mammelon, en le touchant fréquemment & avec précaution, en le lavant avec du vin chaud, & en inſiſtant ſur les ſuccions préparatoires dont nous venons de parler.

D. *Quelques cauſes étrangères aux vices de conformation du mammelon ne peuvent-elles pas également rendre l'allaitement impoſſible ?*

R. Indépendamment de ces vices de conformation, on ne voit que trop de femmes obligées de diſcontinuer l'allaitement après quelques jours, ou après quelques ſemaines; ſoit par rapport aux gerçures, aux déchirures & aux ulcérations du mammelon, ſoit par rapport à l'engorgement ou à l'inflammation des mamelles, & aux dépôts qui y ſurviennent. D'autres fois c'eſt une maladie aiguë, qui empêche la femme de ſe livrer au doux penchant de nourrir elle-même ſon en-

fant ; ou bien elle eſt forcée de diſcontinuer, parce que la ſource du lait ſe tarit.

D. *Comment doit-on nourrir l'enfant que la mère ne peut allaiter ?*

R. De toutes les reſſources connues ; aucune ne mérite la préférence ſur celle qui eſt en uſage dans les grandes villes, où bien peu de femmes ſe mettent en peine de nourrir elles-mêmes leurs enfans : il faut lui donner une nourrice, & ce n'eſt qu'au défaut de celle-ci qu'il eſt permis, ou qu'on devroit ſe permettre de nourrir l'enfant avec le lait des animaux.

SECTION III.

Du choix d'une nourrice.

D. QUELLES *ſont les qualités qui doivent nous diriger dans le choix d'une nourrice ?*

R. Il faut choiſir une femme d'un âge moyen ; d'une forte complexion, & d'une bonne ſanté ; une femme dont la bouche ſoit garnie de belles dents, dont les gencives ſoient fermes & vermeilles, dont l'haleine ſoit douce, & la tranſpiration ſans odeur déſagréable ; une femme qui n'ait ſur le corps ni puſtules, ni tumeurs, ni cicatrices qui dénotent d'anciennes maladies, quoique guéries ; une femme qui

ſoit exempte de grandes paſſions, qui ne s'adonne ni à la débauche, ni à l'ivrognerie, ni à la colère, &c. On préférera celle dont les cheveux ſont bruns, & le tiſſu de la peau ſerré, à celle qui ſera très-blonde, rouſſe, ou très-noire; parce que la tranſpiration de celles-ci eſt toujours d'une odeur très-pénétrante, ſouvent nauſéabonde, & que leur lait participe à ces mauvaiſes qualités.

Les mamelles doivent être d'une moyenne groſſeur, ſouples, un peu pendantes & parſemées de veines bleuâtres. Le mammelon doit être également ſouple, & long de pluſieurs lignes, il doit ſe développer au moindre attouchement, ou à la moindre ſuccion, & donner librement iſſue au lait. L'aréole, ou le cercle qui entoure le mammelon, doit être large, un peu monticuleux, & d'une couleur tirant ſur le brun: enfin la nourrice doit avoir beaucoup de lait, d'une bonne qualité, & en fournir également des deux ſeins.

D. *A quelles marques reconnoît-on que le lait eſt d'une bonne qualité?*

R. Le lait eſt de bonne qualité, lorſqu'il n'eſt ni trop épais, ni trop clair; quand il eſt d'une ſaveur douce, agréable & légérement ſucrée, & qu'il n'a aucune odeur.

On juge de la conſiſtance du lait en le faiſant rayer en petite quantité dans une

cuiller d'argent, ou en en plaçant une goutte ſur l'ongle du pouce, qu'on incline légérement. Quand il eſt d'une conſiſtance requiſe, il laiſſe ſur la cuiller un nuage léger, d'une couleur tirant un peu ſur le bleu. Ce nuage eſt épais, lorſque le lait a trop de conſiſtance; & ne s'apperçoit pas, lorſqu'il eſt trop clair.

La goutte de lait placée ſur l'ongle, ne s'en détache pas s'il eſt trop épais; elle tombe aiſément, & n'y laiſſe que la trace de l'eau, quand il eſt trop clair.

On juge de la ſaveur, même de l'odeur du lait, en en mettant quelques gouttes ſur la langue.

Un lait trop épais, ou trop clair, ne convient pas à l'enfant; & celui qui a de l'odeur, qui laiſſe ſur la langue une forte d'âcreté, ou qui eſt d'une couleur jaunâtre, bleuâtre, ou verdâtre, eſt décidément mauvais.

D. *Quelles ſont les précautions qu'on doit obſerver pour juger ſainement du lait d'une nourrice?*

R. On obſervera, 1°. que cette femme ne ſoit pas à jeun depuis long-temps, & on aura égard pareillement à la nature de ſes derniers alimens, ſi elle a mangé récemment; car le lait ne peut avoir les qualités requiſes chez une femme qui ſouffre la faim, & il contracte d'ailleurs facilement l'odeur & le goût de certains

alimens. On obſervera de même que le ſein ne ſoit pas trop plein ; & que le lait n'y ſoit pas engrumelé ; parce que le peu qu'on en exprime alors eſt toujours très-ſéreux. Les doigts de la femme qui ſervent à faire rayer le lait doivent être propres, afin qu'ils ne lui communiquent aucune odeur, aucune ſaveur, ni aucune couleur qui lui ſeroient étrangères : on aura la même attention à l'égard du vaſe dans lequel on recevra ce liquide. La perſonne chargée de juger des qualités du lait aura le ſoin enfin, de ne pas lui attribuer le goût & l'odeur des alimens dont elle aura fait uſage dans ſes derniers repas.

D. *Doit-on avoir égard à l'âge du lait, quand la nourrice a d'ailleurs les qualités requiſes ?*

R. Cette obſervation eſt ſouvent moins importante qu'on ne le penſe. Si un lait de deux à trois mois paroît en général préférable à celui de ſix à huit, quelquefois ce dernier vaut mieux. C'eſt moins l'âge du lait qui doit nous diriger, que ſes qualités & ſon abondance ; en ſuppoſant les choſes égales d'ailleurs du côté de la conſtitution phyſique & morale de la femme.

D. *A quels inconvéniens expoſe-t-on l'enfant, en lui donnant pour nourrice une femme anciennement accouchée ?*

R. Le premier, c'eſt que l'enfant ne digérera ce lait que difficilement, s'il eſt trop épais, ſi on lui en donne fréquemment & beaucoup à la fois; le ſecond, c'eſt qu'on ſera forcé de ſevrer l'enfant de trop bonne heure, ou de lui donner une autre nourrice, ſi la ſource du lait s'épuiſe avant le temps ordinaire du ſevrage. Ces deux inconvéniens peuvent en produire une foule d'autres; tels que le vomiſſement continuel, quand l'enfant ne peut digérer le lait trop épais, la diarrhée, l'obſtruction des glandes méſaraïques, l'atrophie, &c.

D. *L'enfant nouvellement né ne rajeunit-il pas & ne renouvelle-t-il pas le lait de ſa nourrice, lorſqu'elle eſt anciennement accouchée?*

R. Bien des hommes ſont dans l'opinion que l'enfant nouvellement né produit ce changement dans le lait de ſa nourrice; mais cette opinion n'eſt que le fruit de l'ignorance, & de quelques apparences trompeuſes. Elle a eu trop de victimes, pour ne pas en dévoiler la ſource: voici ce qui a trompé le commun des hommes, & ce qui les trompe encore tous les jours à cet égard. Qu'une femme quitte un enfant de huit à dix mois, pour préſenter le ſein à un enfant de naiſſance, qu'obſerverons-nous? Que l'enfant nouvellement né, qui a peu de beſoins dans

les premiers jours, ne vuidera le ſein de cette femme qu'imparfaitement, chaque fois qu'on le lui préſentera, au lieu que l'enfant de huit à dix mois en arrachoit juſqu'à la dernière goutte de lait; de ſorte qu'après deux jours, ſouvent un ſeul, il y aura redondance, que les mamelles ſeront pleines, même diſtendues & gonflées douloureuſement, comme bien des femmes l'éprouvent du deuxième au troiſième jour des couches, ou du troiſième au quatrième. Or, ſi l'on en tire du lait dans cet état, l'on n'aura qu'un lait clair & ſéreux, ſemblable à celui qu'on exprime d'une mamelle où ce fluide s'eſt engrumelé. C'eſt cette plénitude accidentelle du ſein, & cette fluidité provenant de l'altération du lait dans le ſein même, qui ont fait croire que l'enfant nouvellement né renouvelloit & rajeuniſſoit le lait de ſa nourrice. Cette ſurabondance n'eſt que momentanée, elle diſparoît promptement, & l'enfant manque du néceſſaire.

D. *Quelles ſont les précautions qu'il convient de prendre, quand on ne peut donner à l'enfant qu'une nourrice anciennement accouchée?*

R. Quand le lait a trop de conſiſtance, on obſervera, 1°. d'en donner plus rarement que ne le feroit une femme nouvellement accouchée, & d'en laiſſer prendre

moins à la fois ; 2°. de faire boire à l'enfant, aussi-tôt qu'il aura tetté, quelques cuillerées d'eau sucrée & dégourdie, afin de délayer ce lait dans l'estomac, & d'en favoriser la digestion.

On tiendra la nourrice au régime végétal ; on ne la nourrira que de légumes, si la saison le permet, & on lui recommandera de boire plus que de coutume, non du vin, ni de la bière ou autres liqueurs fermentées, mais de l'eau pure ; ou bien on lui fera prendre une infusion légère de thé, de véronique, de fenouil, ou de toutes autres plantes de cette espèce. On procurera de cette manière un peu de fluidité au lait ; comme on lui procure en d'autres circonstances, certaines propriétés médicinales, en faisant prendre à la nourrice des substances qui en jouissent.

D. *Peut-on procurer au lait qui est trop clair, la consistance qui convient à la nourriture de l'enfant ?*

R. Lorsque cet excès de fluidité ne provient que de quelques causes accidentelles, comme de la mauvaise qualité des alimens que prend la femme, &c. on peut y remédier & procurer plus de consistance au lait. On prescrit alors un meilleur régime, on donne des substances plus nourrissantes, des farineux, du lait même, si la femme peut s'y habituer. Mais on ne corrige jamais l'excès de fluidité qui dépend

de la foibleſſe des organes, ou de la conſtitution de la femme.

D. *Le lait ne perd-il rien de ſes bonnes qualités chez les femmes qui ont leurs règles périodiquement, & chez celles qui deviennent groſſes dans le cours de l'allaitement?*

R. Nous avons déjà fait obſerver que le lait devenoit un peu plus clair & moins abondant pendant l'écoulement des règles; mais il recouvre promptement ſes bonnes qualités après cette évacuation, lorſque la femme eſt d'une forte conſtitution, & l'enfant n'en éprouve aucune altération.

Quelquefois cette évacuation périodique eſt ſalutaire à la nourrice; elle ſemble améliorer le lait; elle l'entretient du moins dans ſes bonnes qualités, qu'un état de pléthore ſoutenu ne manqueroit pas d'altérer.

La groſſeſſe, chez bien des femmes, n'influe pas davantage ſur le lait, & il n'en devient pas moins propre à nourrir l'enfant; chez d'autres, il s'altère & ſe décompoſe au point qu'on devroit plutôt le regarder comme un poiſon, que comme un aliment.

Quelques femmes peuvent donc continuer d'allaiter, quoiqu'elles ſoient réglées tous les mois, ou qu'elles ſoient enceintes, puiſque leur lait conſerve ſes bonnes qualités; mais lorſqu'il s'altère &

ſe déprave, quelle qu'en ſoit la cauſe, il faut changer l'enfant de nourrice.

D. *Peut-on changer l'enfant de nourrice ſans l'expoſer à quelques inconvéniens?*

R. On ne l'expoſera à aucun inconvénient, toutes les fois qu'on ſubſtituera un lait de bonne qualité à celui qui ſera décidément mauvais. Le préjugé où l'on eſt encore à cet égard, a été funeſte à beaucoup d'enfans, & contribue peut-être aux petits déréglemens de certaines nourrices, qui ſe perſuadent qu'on n'oſera pas les faire remplacer par d'autres. Si quelques enfans ont paru victimes de ce changement, c'eſt qu'on l'a trop différé, & qu'ils avoient puiſé le germe de la mort dans le ſein de leur première nourrice.

D. *Quelles ſont les précautions qu'on doit obſerver en changeant un enfant de nourrice?*

R. La plus eſſentielle eſt de choiſir un bon lait, & de le prendre proportionné à l'âge & aux forces de l'enfant. Accoutumé aux accens, à la figure, aux manières de ſa première nourrice, ſi l'enfant refuſe le ſein de la nouvelle, on le trompera, en le lui préſentant dans l'obſcurité, & en gardant le ſilence.

D. *Quel eſt le régime que doit obſerver la femme pendant le cours de l'allaitement?*

R. Elle ne prendra que des alimens de bonne qualité, autant qu'elle le pourra.

Elle écartera de ſon régime les ſubſtances qui abondent en acides, à moins qu'elles ne lui ſoient preſcrites dans l'intention de remplir quelques vues particulières. Elle n'uſera habituellement d'aucunes viandes fortement ſalées & épicées ; elle ne boira que du vin coupé avec de bonne eau, de la bière ou du cidre, ſelon ſon uſage ; & elle s'interdira les liqueurs ſpiritueuſes, telles que l'eau-de-vie, &c.

D. *La femme peut-elle préſenter le ſein à l'enfant dans tous les inſtans du jour, & dans toutes les circonſtances poſſibles?*

R. Non : quels que ſoient l'âge & la force de ſon nourriſſon, il ne convient pas qu'elle lui donne le ſein, 1°. lorſqu'elle aura long-temps ſouffert de la faim ; 2°. immédiatement après le repas ; 3°. dans le travail d'une indigeſtion ; 4°. dans un état d'ivreſſe, ou après une violente paſſion, comme un accès de colère, &c. ; 5°. enfin immédiatement après avoir habité avec ſon mari.

D. *Une nourrice ne devroit-elle pas vivre dans une continence abſolue pendant le temps de l'allaitement?*

R. On ne ſauroit le lui preſcrire trop rigoureuſement ; parce qu'il y a des femmes qui ne s'écartent que trop fréquemment de cette loi. Si ces femmes ne s'expoſoient pas à devenir groſſes, une pareille infraction ſeroit tolérable, même permiſe ;

une continence abſolue, de la part de quelques nourrices, pouvant influer ſur le lait auſſi défavorablement que le trop fréquent uſage du mariage chez d'autres.

D. *Si le mauvais régime & le trouble des paſſions peuvent influer ſi puiſſamment ſur le lait de la femme, ne vaudroit-il pas mieux nourrir l'enfant au biberon, que de le confier à une nourrice étrangère?*

R. Les ſuites fâcheuſes du déréglement de quelques nourrices, & la difficulté de s'en procurer un aſſez grand nombre, en certaines occaſions, pour tous les enfans qui naiſſent dans une grande ville, telle que Paris; & ſur-tout pour ceux qu'on dépoſe dans les hôpitaux, ont inſpiré depuis long-temps l'idée de l'allaitement au biberon. Des eſſais en ont été faits, mais avec trop peu de ſuccès juſqu'ici, pour qu'on puiſſe préférer cette reſſource à celle que nous offrent les bonnes nourrices.

S'il eſt des cas où l'allaitement au biberon doit être admis excluſivement, ce n'eſt qu'à l'égard des enfans qui naiſſent infectés de certaines maladies, qu'ils communiqueroient inévitablement à la femme qui ſe chargeroit de les allaiter; & de ceux qui apportent en naiſſant des vices de conformation à la bouche qui les empêchent de tetter. Nous ne parlerons de cette eſpèce d'allaitement, que parce qu'il devient une reſſource néceſſaire dans ces ſortes de cas.

SECTION IV.

De l'allaitement au biberon, ou de la manière de nourrir l'enfant avec le lait des animaux.

D. QUELLES *ſont les différentes eſpèces de lait qui peuvent ſervir à la nourriture de l'enfant?*

R. Le lait de vache & celui de chèvre paroiſſent les ſeuls qu'on ait employés juſqu'ici, comme alimens. Si l'on a preſcrit quelquefois celui d'âneſſe, c'étoit plutôt comme médicament, que dans la vue de nourrir, quoique d'ailleurs il ſoit très-propre à cet effet.

Le lait de chèvre étant plus léger que celui de vache, ſembleroit mériter la préférence. La chèvre peut l'offrir d'elle-même à l'enfant; elle ſe prête à la ſuccion avec la plus grande docilité; il ſuffit de le lui préſenter une ſeule fois, pour qu'elle aille au-devant de ſes beſoins, & qu'elle ſe place convenablement ſur le berceau pour le faire tetter, ſi on la laiſſe agir en liberté. Ce lait, quoique plus léger que celui de vache, a cependant encore trop de conſiſtance pour la plupart des enfans; & ils le digèrent aſſez mal, ſi l'on

ne prend le parti de l'affoiblir en le coupant, soit avec de l'eau d'orge, soit avec de l'eau commune un peu sucrée.

Comme on ne peut le couper de cette manière, quand la chèvre allaite elle-même, on observera de n'en laisser tetter que peu à la fois, & de donner ensuite à l'enfant de l'eau d'orge, ou de l'eau sucrée.

Le lait de vache ne peut être donné qu'avec le biberon.

D. *Quelles sont les considérations qu'on doit avoir dans le choix de ces sortes de lait?*

R. Le lait des animaux ne présente pas moins de différences spécifiques que celui des femmes. Il faut prendre le plus léger & le plus nouveau; choisir l'animal d'un âge moyen, & le faire nourrir dans les pâturages ou en pleine campagne: le lait des animaux qu'on tient à l'étable étant toujours plus épais & moins parfait.

Il faut tirer le lait chaque fois qu'on en aura besoin pour l'enfant, ou du moins le plus souvent possible; parce qu'il s'altère & se décompose promptement, surtout dans les grandes chaleurs de l'été. La précaution de le faire bouillir, pour le conserver, comme cela se pratique dans les villes, où l'on ne peut à chaque instant s'en procurer de nouveau, nous pa-

roît inutile, même mauvaise; il vaut mieux tenir le lait dans un lieu frais & sain.

D. *Comment doit-on administrer ce lait aux enfans ?*

R. La meilleure manière de l'administrer seroit de le lui faire tetter au pis de l'animal même ; & comme on ne le peut que très-difficilement, on le donnera, soit avec un biberon, ou une cuiller, ou un gobelet. On se sert à la campagne d'un biberon de bois, ou d'étain, fait en forme de bouteille un peu alongée, dont le chaperon est terminé par une espèce de mammelon, qui n'est percé que d'un seul trou. Si la forme de ce biberon est commode, la matière dont il est fait le rend peu recommandable. Indépendamment de ce que le bois contracte une odeur désagréable & mal-faisante, quand il a été pénétré par le lait chaud, même par l'eau qui sert à le laver intérieurement, & que l'étain contient quelques parties arsénicales, c'est qu'on ne peut nettoyer le dedans de ces vases avec exactitude.

Un biberon de verre mérite la préférence, & il est facile de se le procurer par-tout. Les petites bouteilles dont les Apothicaires se servent pour leurs potions médicinales offrent tous les avantages que nous desirons.

On y ajuste une éponge fine, en forme de bouchon, alongée d'un demi-pouce,

qu'on recouvre d'un linge clair attaché autour du collet de la bouteille. Chaque fois qu'on a allaité l'enfant, on met la petite éponge dans l'eau, ainſi que le linge qui la recouvroit; on lave l'une & l'autre, & on les exprime; on nettoie de même la bouteille, & elle ne contracte jamais l'odeur aigre que prennent les autres biberons après quelques jours.

D. *Quelles ſont les précautions qu'il faut obſerver à l'égard du lait même, qu'on donne à l'enfant?*

R. On le coupe dans les premiers temps avec partie égale, & même deux parties de bonne eau ſucrée; ou bien avec une légère eau d'orge (*a*). On l'affoiblit moins dans la ſuite, à meſure que l'enfant ſe fortifie; enfin on le donne pur. On ne met dans la bouteille que la quantité qu'on veut donner chaque fois à l'enfant; & on le fait chauffer au bain-marie,

(*a*) Cette eau ſe prépare en faiſant bouillir, pendant un quart d'heure ou environ, une demi-cuillerée d'orge dépouillée de ſon écorce, dans une chopine d'eau. Au défaut de cette orge mondée, on ſe ſervira d'orge ordinaire; mais on aura la précaution de lui faire ſubir une légère ébullition dans une première eau, avant de l'employer, & on la fera bouillir plus long-temps que l'autre. L'eau d'orge préparée pour le beſoin de l'enfant ne doit pas être conſervée au-delà d'un jour, parce qu'elle s'aigrit.

c'est-à-dire, en plongeant la bouteille dans de l'eau très-chaude. La chaleur qu'il convient de lui procurer doit être à-peu-près celle du lait qui sort du pis de l'animal.

D. *Quelle est la quantité de lait qu'on doit donner chaque fois à l'enfant, & à quel intervalle de temps doit-on lui en donner?*

R. On ne doit pas lui en donner au-delà de trois à quatre cuillerées ordinaires chaque fois, dans les premiers jours; & plus souvent que de deux heures en deux heures, quand l'enfant sera éveillé.

On en augmentera la quantité dans la suite; mais on y mettra toujours au moins le même intervalle.

D. *A quels signes reconnoîtra-t-on que le lait des animaux convient à l'enfant, & qu'il le digère bien?*

R. Le lait se digère bien, quand l'enfant va deux ou trois fois, & même quatre à la selle dans les vingt-quatre heures; & lorsque ses matières sont liquides, jaunâtres, & liées comme des œufs brouillés. Les digestions sont mauvaises, quand il évacue plus fréquemment, ou beaucoup plus rarement; quand ses matières sont séreuses, fétides & chargées de beaucoup de pelotons blanchâtres, semblables à du fromage; de même que lorsqu'elles sont épaisses, grisâtres ou blanchâtres, & grasses, à-peu-près comme la terre argilleuse. On doit tirer la même induction

du lait caillé & d'une odeur aigre, qu'il rejette souvent par le vomissement, ainsi que des matières verdâtres & poracées, qu'il rend par les selles.

D. *Que faut-il changer au régime de l'enfant dans tous ces cas?*

R. Lorsque l'enfant évacue fréquemment des matières séreuses & mal digérées, on lui fera prendre plusieurs fois le jour, quelques grains de poudre absorbante, telle que la magnésie calcinée; ou les yeux d'écrevisses préparés, qu'on délaiera dans une cuillerée d'infusion de fleurs de camomille romaine un peu sucrée, ou dans une très-légère teinture de rhubarbe. On coupera ce lait avec de l'eau de riz, au lieu de cette tisanne d'orge dont nous avons parlé.

Lorsque les matières seront verdâtres & poracées, on insistera davantage sur les poudres absorbantes, & on en fera prendre jusqu'à dix-huit & vingt grains, même plus, dans le cours de vingt-quatre heures.

Les absorbans conviennent encore, quand l'enfant rejette fréquemment le lait par le vomissement, & que sa bouche exhale une odeur aigre très-forte. Souvent il est à propos de le purger après deux ou trois jours de l'usage de ces poudres, même avant de lui en faire prendre. Le syrop de chicorée, à la dose d'une once

dans le cours de la matinée, est le purgatif que nous préférons.

On doit affoiblir le lait, en le coupant avec une plus grande quantité d'eau, lorsque l'enfant est constipé; lorsqu'il va rarement à la garde-robe, & que ses excrémens sont épais & gras. On lui en donnera moins fréquemment; & on lui fera prendre dans les intervalles quelques cuillerées d'eau d'orge miellée.

Au moyen de toutes ces précautions; & de ce régime sagement ordonné, on parviendra à élever quelques enfans avec le lait des animaux.

SECTION V.

Suite de la nourriture de l'enfant jusqu'au terme du sevrage.

D. L'ENFANT *doit-il tetter fréquemment?*

R. En général, une bonne nourrice pèche plutôt, à cet égard, par excès que par omission. Elle présente le sein à son enfant à chaque instant, quelle que soit la cause de ses inquiétudes & de ses cris, persuadée que la faim y a toujours la plus grande part, & que le tetton seul convient pour l'appaiser. En surchargeant ainsi l'estomac de l'enfant, il ne peut faire une bonne digestion; il rejette le lait

comme par regorgement, ou il paſſe par la voie des ſelles ſans être digéré. La langue ſe couvre d'une croûte blanche & épaiſſe; & quelquefois la bouche ſe garnit de petits boutons de même couleur, qui dégénèrent bientôt en autant d'ulcères. L'œſophage, l'eſtomac & tout le canal inteſtinal s'affectent de même, & il ſurvient un dévoiement qui enlève promptement l'enfant.

On préviendra ces déſordres chez la plupart des enfans, en ne leur donnant à tetter, dans les commencemens, que toutes les deux à trois heures, & même plus rarement.

Le regorgement du lait ou le vomiſſement, ainſi que le hoquet, que bien des femmes regardent comme autant de ſignes de la proſpérité de leur nourriſſon, exigent ces précautions; ce ſont des ſymptomes de maladie, & non des ſignes de ſanté.

D. *Vous êtes donc dans l'opinion qu'il faut régler les enfans, & ne leur donner à tetter qu'à des heures déterminées?*

R. Non : ce n'eſt pas les régler que de leur donner à tetter rarement, & d'attendre qu'ils aient digéré le lait qu'ils ont pris, pour leur en donner de nouveau. Il y auroit autant d'inconvéniens à leur laiſſer ſupporter la faim pendant des heures entières, qu'à leur donner le ſein à chaque inſtant. Les femmes qui habituent leurs enfans à ne tetter que toutes les quatre

heures, par exemple, & qui ne leur préſentent jamais le tetton dans le cours de la nuit, recherchent bien moins les avantages de ces enfans, que leur propre commodité.

D. *A quels ſignes reconnoîtra-t-on que l'enfant a beſoin de nourriture?*

R. On ne peut établir de règles bien poſitives à cet égard. Nous remarquerons ſeulement qu'il n'y a point d'inconvéniens à donner le ſein à l'enfant, lorſqu'il a été plus de deux à trois heures ſans le prendre; ſoit qu'il ait dormi pendant ce temps, ou qu'on l'ait tenu éveillé. Ses cris s'appaiſeront dès que la nourrice l'approchera de ſon ſein, s'ils n'ont d'autres cauſes que la faim; il le ſaiſira avec empreſſement, il le tettera de ſuite juſqu'à ce qu'il y ait puiſé de quoi ſe ſatisfaire, & il demeurera tranquille. Il continuera de crier, & ne ſaiſira le ſein qu'autant qu'on le forcera de le prendre, & il le quittera ſouvent, ſi les cris proviennent de la douleur, de la gêne qu'il éprouve dans ſon maillot, ou du beſoin d'être changé de langes.

D. *A quel âge doit-on commencer à donner d'autres alimens que le lait de la nourrice?*

R. On commencera plutôt ou plus tard, ſelon que l'enfant ſera plus foible ou plus fort, & que la nourrice aura plus ou moins de lait; il conviendroit de ne le faire qu'après les cinq ou ſix premiers mois:

une femme qui ne peut nourrir un enfant uniquement de son lait jusqu'à cet âge, ne sauroit passer pour une excellente nourrice, & être choisie préférablement à une autre. Si la plupart des femmes qui habitent la campagne commencent plutôt à faire manger leurs enfans, ce n'est pas qu'elles manquent de lait, mais uniquement par rapport à l'usage qui leur a été transmis par leurs parens. Le premier aliment que donnent ces femmes est, une bouillie grossière & mal faite, qu'un adulte digéreroit difficilement. Cet aliment pernicieux par sa nature même, le devient encore bien plus, par la manière dont on l'administre à l'enfant.

On ne peut voir sans dégoût, & même sans une sorte d'indignation, les nourrices porter la bouillie avec leur doigt, souvent mal-propre, jusqu'au fond de la bouche de l'enfant, ramasser autour de ses lèvres celle qu'il refuse d'avaler, & le contraindre de la recevoir de nouveau. Ces femmes se servent-elles de cuiller pour l'administrer, elles portent la bouillie dans leur bouche, pour s'assurer si elle n'est pas trop chaude, & la font prendre ensuite à l'enfant. Qu'on instruise ces femmes, elles se rendront moins coupables à l'avenir. Qu'on leur apprenne qu'elles peuvent préparer un aliment plus léger, plus salutaire & aussi peu dispendieux, & qu'elles peuvent le donner

avec moins d'inconvéniens; & elles renonceront à ce dégoûtant & dangereux uſage.

D. *Quels ſont les alimens qu'on doit donner à l'enfant?*

R. Une bouillie bien préparée, une panade, une crême de riz, d'orge ou de gruau, ſont les premiers alimens qu'on doit donner à l'enfant, quand le lait de la nourrice ne ſuffit pas à ſes beſoins, ou lorſqu'on veut habituer ſes organes à des nourritures plus ſolides.

D. *Comment doit-on préparer ces alimens?*

R. On emploiera, pour la bouillie, de la farine cuite au four, juſqu'à ce qu'elle ſoit un peu rouſſe : chaque femme, en faiſant ſon pain, peut en préparer pour une ſemaine, en en faiſant ſécher plein une jatte de terre à la fois.

Il faut peu de cette farine pour la quantité de bouillie qui convient à un repas. On la délaie exactement dans quelques cuillerées de lait, & on ajoute de celui-ci à meſure qu'elle ſe délaie : on l'expoſe enſuite au feu, dans un poëlon de terre verniſſé, & non de cuivre, & on la fait cuire convenablement.

On peut ſe ſervir de pain ſéché au four & réduit en poudre fine, pour préparer la bouillie.

La panade la plus légère ſe prépare en faiſant bouillir du pain blanc & un peu

raſſis, dans une médiocre quantité d'eau, juſqu'à ce que le tout ſoit réduit à la conſiſtance de bouillie ordinaire. On y ajoute enſuite un peu de ſel; & quelquefois du ſucre en place de ſel.

La crême de riz, d'orge perlée & de gruau, ſe prépare de même. On expoſe ces ſemences à une longue ébullition, dans un vaſe de terre convenable. On ne met d'abord que peu d'eau, & on en ajoute de temps en temps, à meſure que ces ſemences ſe gonflent. On les écraſe avec une cuiller, lorſqu'elles ſont bien gonflées ou crevées; on les paſſe à travers un tamis, & on ajoute du ſel ou du ſucre à cette crême.

On peut préparer ces crêmes de temps en temps avec un bouillon gras, mais léger, quand l'enfant approchera du moment du ſevrage.

D. *Doit-on donner une grande quantité de ces alimens à la fois, & les répéter dans les vingt-quatre heures.*

R. On n'en donnera que quelques cuillerées à bouche dans les premiers temps, & une ſeule fois le jour; mais on en augmentera la quantité dans la ſuite, & on en accordera à l'enfant ſoir & matin. On lui en donnera également à l'heure du dîner, quand il ſera queſtion de le préparer au ſevrage.

D. *A quel âge doit-on ſevrer l'enfant?*

R. Le vœu de la nature semble tel, qu'on ne devroit sevrer l'enfant qu'après la sortie des vingt premières dents, qu'on appelle *dents de lait ;* mais il est rare qu'on le fasse tetter jusqu'à cette époque. On sèvre la plupart des enfans entre le douzième & le dix-huitième mois de leur naissance, & souvent c'est le temps où ils ont le plus besoin de leur nourrice, parce qu'ils sont dans le plus grand travail de la dentition.

D. *Quelles sont les précautions qu'il faut prendre pour sevrer l'enfant ?*

R. On doit observer, 1°. de ne jamais le sevrer dans le temps où plusieurs dents seront prêtes à percer, quels que soient sa force & son âge ; parce que c'est un temps de douleurs, que la bouche est souvent enflammée, & si sensible, que quelques enfans peuvent à peine saisir le tetton de leur nourrice ; & qu'ils feroient de très-mauvaises digestions, si on leur donnoit alors des alimens nouveaux ; 2°. on doit sevrer l'enfant insensiblement, en lui donnant à tetter moins fréquemment chaque jour, & en l'habituant de même à une plus grande quantité de ces alimens dont nous avons parlé ; 3°. on les privera d'abord du tetton pendant la nuit, & ensuite pendant le jour.

D. *Ne vaudroit-il pas mieux sevrer l'en-*

ſant tout-à-coup, que de le priver inſenſiblement du tetton ?

R. Non : en le ſevrant tout-à-coup, cette privation lui devient trop ſenſible; rien ne peut l'en conſoler & l'en diſtraire; il ſe tourmente, il s'agite, il crie jour & nuit; on eſt d'ailleurs obligé de lui donner tout-à-coup une plus grande quantité d'alimens auxquels ſon eſtomac n'eſt pas encore parfaitement habitué; & ſa ſanté, pour l'ordinaire, ne tarde pas à donner des marques d'altération.

La meilleure manière de ſevrer l'enfant, eſt celle que nous venons de preſcrire : l'enfant & la nourrice y trouvent leurs avantages.

D. *Comment doit-on nourrir l'enfant qu'on vient de ſevrer ?*

R. On lui donnera trois fois le jour l'une des crêmes que nous avons preſcrites, ou de la panade. On lui mettra de temps à autre une petite croûte de bon pain entre les mains, pour qu'il s'amuſe à la manger. On lui fera prendre quelquefois de la ſoupe graſſe; & quand il ſera plus avancé, on lui donnera un œuf frais & un peu de légumes bien préparés.

Sa boiſſon ſera de l'eau bien pure, à laquelle on ajoutera de temps à autre un peu de bon vin, ſi l'on peut s'en procurer.

D. *Quelles ſont les précautions que doit*

prendre la femme relativement à elle-même, après avoir ſevré ſon enfant?

R. Quelle que ſoit la durée du temps pendant lequel elle aura nourri, & la quantité de lait qu'elle conſervera en ſevrant, elle évitera de s'expoſer au froid & à l'humidité; elle ſe tiendra chaudement, & ſe couvrira le ſein exactement; elle gardera le lit, ſi le lait eſt encore aſſez abondant pour diſtendre douloureuſement les mammelles; & elle s'efforcera d'exciter un peu de tranſpiration. Pour remplir cette dernière vue, elle boira abondamment d'une infuſion de thé, de véronique, de fleurs de tilleul, ou de ſureau, avec un peu de ſucre. Dans la ſuite, elle fera uſage d'une légère tiſanne de racine de perſil, ou de ſcorſonnaire, à laquelle elle ajoutera un ou deux gros de ſel d'epſom, de glauber ou de duobus; elle prendra quelques lavemens tous les jours, & rendra celui du matin purgatif, en y ajoutant du miel commun & une ſuffiſante quantité de l'un des ſels dont nous avons parlé. Enfin elle ſe purgera une ou deux fois, ſi le cas le requiert, après avoir ſevré ſon enfant.

SECONDE PARTIE.

CHAPITRE PREMIER.

De l'accouchement contre nature & laborieux, des causes qui peuvent le rendre tel, &c.

D. QU'ENTEND-ON, *en général, par accouchement contre nature?*

R. On appelle *contre nature*, l'accouchement qui ne peut abſolument pas ſe terminer par les ſeules forces de la femme; de même que celui que l'on ne peut confier aux ſoins de la nature ſans expoſer la vie de la mère ou de l'enfant, & quelquefois celle de l'un & de l'autre.

Pour nous conformer au langage ordinaire, nous diſtinguerons deux ſortes d'accouchemens contre nature; ceux qui n'exigent que la main d'une perſonne inſtruite, & ceux qui ne peuvent être terminés qu'au moyen de quelques inſtrumens.

Nous appellerons les premiers *accouchemens contre nature*, & les derniers *accouchemens laborieux*.

D. *Tous les accouchemens contre nature ou laborieux peuvent-ils être confiés au savoir & à la dextérité des Sages-femmes?*

R. Non; il en est de l'une & l'autre espèces qui exigent plus de savoir, plus d'intelligence, plus de force & plus de fermeté d'ame qu'on en accorde communément aux Sages-femmes; mais il convient que ces femmes soient instruites des causes qui peuvent rendre l'accouchement contre nature ou laborieux, & qu'elles connoissent toutes les ressources de l'Art aussi-bien que ses difficultés, pour qu'elles puissent se procurer à temps les secours convenables, & qu'elles n'entreprennent rien au-delà de ce qu'elles peuvent faire.

ARTICLE PREMIER.

Des causes qui peuvent rendre l'accouchement contre nature ou laborieux; des signes qui feront reconnoître que l'accouchement sera tel; & de ce qu'il faut faire dans chacun de ces cas.

D. QUELLES *sont les causes qui peuvent rendre l'accouchement contre nature ou laborieux?*

R. Ces causes sont très-nombreuses: les unes proviennent de l'enfant même,

& les autres de la femme. Celles qui dépendent de l'enfant, consistent dans sa mauvaise situation, dans sa conformation monstrueuse, ou dans quelques-unes des maladies dont il peut être affecté dans le sein de sa mère. Les causes qui proviennent de la femme doivent être attribuées aux accidens qui compliquent le travail de l'accouchement, à la mauvaise conformation des parties de la génération & du bassin; à l'obliquité de la matrice, à la rupture de ce viscère, & aux conceptions extra-utérines.

SECTION PREMIÈRE.

De la mauvaise situation de l'enfant, de sa conformation monstrueuse, &c.

D. *QUE doit-on appeller mauvaise position de l'enfant?*

R. On doit appeller mauvaises positions, toutes celles dans lesquelles l'enfant ne peut sortir du sein de sa mère sans que l'Accoucheur n'éloigne de l'orifice de la matrice la partie qui s'y présente, pour en ramener une autre. En partant de cette définition, la position de l'enfant sera mauvaise toutes les fois qu'il ne présentera pas le sommet de la têre, les pieds, les genoux, ou les fesses; puisqu'il ne

peut ſortir qu'autant qu'il offre l'une de ces parties à l'orifice de la matrice; à moins qu'il ne ſoit extrêmement petit, relativement à la capacité du baſſin de ſa mère.

D. *Comment reconnoîtra-t-on que l'enfant ſe préſente dans une mauvaiſe poſition; & que doit faire l'Accoucheur lorſqu'il ſe préſente ainſi?*

R. Ce n'eſt qu'au moyen du toucher qu'on peut reconnoître la partie que l'enfant préſente à l'orifice de la matrice, & la manière dont ſe préſente cette partie. Le temps le plus propre pour en faire la recherche, eſt celui du travail, où le col de la matrice ſe trouve complétement effacé & bien dilaté. On ſe rappellera que la poſition de l'enfant peut changer en quelques occaſions, & qu'elle ne devient fixe alors, qu'après l'écoulement des eaux de l'amnios; de ſorte que ce n'eſt que dans ce moment que l'Accoucheur doit en porter ſon jugement.

Preſque toujours on eſt obligé de retourner l'enfant lorſqu'il ſe préſente mal, & de le faire venir par les pieds; parce qu'il n'y a que très-peu de cas où l'on puiſſe le ramener à ſa poſition naturelle. Nous expoſerons dans la ſuite ce qu'il y a de mieux à faire à l'occaſion de toutes les mauvaiſes poſitions de l'enfant.

D. *Qu'entendez-vous par conformation monstrueuse de l'enfant ?*

R. Nous n'appellons ainsi que celles qui peuvent mettre obstacle à l'accouchement ; ces conformations dans lesquelles on remarque deux têtes unies, liées & confondues entre elles ; ou simplement comme entées sur un même corps ; celles où il y a deux troncs pour une seule tête, ou bien qui offrent deux enfans unis par quelques-unes des parties de leur corps, & qui paroissent ne former qu'un tout.

D. *Ces conformations monstrueuses rendent-elles toujours l'accouchement impossible sans les secours de l'art ?*

R. Non : il s'est trouvé des femmes assez bien constituées pour accoucher aussi heureusement de ces enfans que des autres ; mais souvent aussi de pareilles conformations ont rendu l'accouchement extrêmement difficile : la circonstance est d'autant plus embarrassante, même pour le Praticien le plus instruit, qu'il est presque toujours impossible de bien reconnoître ces sortes de monstruosités avant l'accouchement.

D. *Quelles sont les maladies de l'enfant qui peuvent rendre l'accouchement difficile, ou contre nature ?*

R. L'hydropisie de la tête, connue sous le nom d'*hydrocéphale* ; l'hydropisie du bas-ventre, appellée *ascite* ; ainsi que des

tumeurs, dont nous citerons des exemples, sont les seules maladies de l'enfant qui puissent rendre l'accouchement difficile, & exiger en ce moment les secours de l'art.

D. *A quels signes reconnoît-on l'hydropisie de la tête, ou l'hydrocéphale?*

R. On reconnoît l'hydrocéphale à la grosseur & à la souplesse extraordinaire de la tête, à l'écartement des os du crâne, ainsi qu'à la largeur des sutures & des fontanelles. Quand il y a beaucoup d'eau dans le crâne, les sutures sont de la largeur d'un travers de doigt & plus, & les fontanelles égalent l'étendue du creux de la main. La tête paroît au toucher comme une vessie épaisse & remplie de fluide; lorsque c'est l'une des fontanelles qui se présente, elle se tend & se durcit pendant la douleur de l'accouchement, & s'amollit après cette douleur, comme le fait la poche des eaux.

D. *Les eaux qui constituent l'hydrocéphale sont-elles toujours épanchées dans l'intérieur du crâne?*

R. Non: l'épanchement est quelquefois à l'extérieur, & sous les tégumens seulement. Ces tégumens forment alors une espèce de poche, qui s'avance plus ou moins dans le col de la matrice, & se présente au doigt de l'Accoucheur, comme la poche des eaux de l'amnios même.

Cette maladie, qu'on nomme *hydrocéphale externe*, se distingue aisément de la première, en ce qu'on ne trouve à l'endroit de l'épanchement ni sutures ni fontanelles ; ou bien qu'elles paroissent dans l'état naturel, quand le doigt les découvre.

D. *Quels sont les signes qui dénotent l'hydropisie du bas-ventre ?*

R. On ne reconnoît cette espèce d'hydropisie qu'à la grosseur & à la distension du ventre, & sur-tout à l'ondulation ou fluctuation des eaux : il faut porter toute la main dans la matrice pour en bien juger.

D. *Quelles sont les tumeurs appartenantes à l'enfant, qui peuvent rendre l'accouchement difficile ?*

R. Ces tumeurs ne se trouvent, pour l'ordinaire, qu'au bas du tronc, & derrière le bassin de l'enfant ; presque toujours elles ne sont formées que par de l'eau, & de l'espèce de celles qu'on appelle *spina bifida*. Il s'en est vu d'assez grosses pour surpasser de beaucoup le volume de la tête de l'enfant. Quand de pareilles tumeurs se présentent à l'orifice de la matrice, on est long-temps incertain de la position de l'enfant, & l'on ne peut en juger qu'en portant la main fort avant dans le sein de la femme. Les tumeurs aqueuses dont il s'agit ne sont pas les

ſeules qui puiſſent affecter l'enfant avant ſa naiſſance, & rendre l'accouchement difficile à quelques égards; il en eſt auſſi d'une nature fongueuſe, qui peuvent acquérir le même volume, & produire les mêmes effets relativement à l'accouchement; mais les exemples en ſont plus rares (*a*).

D. *Que doit-on faire pour terminer l'accouchement, quand l'enfant eſt hydrocéphale, quand il y a hydropiſie du bas-ventre, ou lorſqu'il exiſte une tumeur ſemblable à celles dont on vient de parler?*

R. Il faut évacuer les eaux, en faiſant une ponction, ſi elles ſont en aſſez grande quantité pour s'oppoſer à l'accouchement. La Sage-femme, dans tous ces cas, ne s'en rapportera pas à ſes propres connoiſſances, & conſultera un Accoucheur inſtruit.

(*a*) Nous avons obſervé une tumeur de cette eſpèce, dont la longueur étoit de cinq pouces, & l'épaiſſeur de quatre: cette tumeur étoit placée au bas du tronc, & pendoit entre les cuiſſes de l'enfant.



SECTION II.

Des accidens qui peuvent ſe manifeſter dans le cours de l'accouchement, & le rendre contre nature.

D. QUELS *ſont les accidens qui peuvent rendre l'accouchement contre nature?*

R. Ces accidens ſont, 1°. l'hémorrhagie ou la perte; 2°. les convulſions; 3°. l'épuiſement des forces de la femme; 4°. les foibleſſes ou ſyncopes; 5°. la préſence de quelque deſcente ou hernie, qu'on ne peut réduire; 6°. la ſortie du cordon ombilical.

D. *Les accidens dont vous venez de faire l'énumération peuvent-ils rendre l'accouchement impoſſible ſans le ſecours de l'art?*

R. La plupart de ces accidens ne ſauroient rendre l'accouchement impoſſible ſans les ſecours de l'Art; mais ils peuvent tellement influer ſur la vie de la mère, ou ſur celle de l'enfant, que l'un ou l'autre, quelquefois même les deux périroient infailliblement, ou ſeroient expoſés au danger le plus imminent, ſi l'on ne terminoit l'accouchement.

D. *D'où provient l'hémorrhagie qui exige qu'on termine l'accouchement?*

R. Quelquefois le ſang vient de la matrice même, par le vagin; d'autres fois il s'échappe par le nez ou par la bouche, & en aſſez grande quantité pour donner les plus vives inquiétudes. Dans le premier cas, la perte eſt occaſionnée par le détachement du placenta; dans le ſecond, l'hémorrhagie dépend de la preſſion que la matrice exerce ſur les vaiſſeaux du bas-ventre; à l'inſtant des grands efforts que la femme faits pour accoucher.

D. *Pourquoi devons-nous opérer l'accouchement dans tous ces cas?*

R. On doit opérer l'accouchement, 1°. dans le cas de perte, parce que cet accident ne peut ceſſer qu'autant que la matrice ſe contracte & ſe reſſerre ſur elle-même; or, elle ne peut ſe contracter & ſe reſſerrer ainſi qu'après l'accouchement. Non-ſeulement on doit opérer l'accouchement, quand il ſurvient une perte conſidérable dans le cours du travail, mais on eſt encore autoriſé à le faire lorſqu'elle ſe maifeſte beaucoup plutôt, & qu'elle réſiſte aux moyens ordinaires. *Voyez* p. 257 *& ſuiv.*

Il eſt également néceſſaire de terminer l'accouchement, quand le ſang ſort de la bouche ou du nez en grande abondance, dans le moment des efforts que la femme fait pour ſe délivrer, afin de la ſouſtraire

à la néceſſité de ces mêmes efforts alors dangereux.

D. *Quelle eſt la cauſe des convulſions qui affectent la femme dans le travail de l'accouchement ?*

R. Ces convulſions peuvent dépendre de l'extrême ſenſibilité de la matrice; de la plénitude & de l'engorgement des vaiſſeaux du cerveau, provenans des efforts mêmes de l'accouchement; enfin elles peuvent être habituelles, & alors elles ſont preſque toujours épileptiques. Les convulſions peuvent être momentanées, ou permanentes, & avec perte, ou ſans perte de connoiſſance dans l'intervalle qu'elles laiſſent.

D. *Doit-on opérer l'accouchement toutes les fois qu'il ſurvient des convulſions dans le cours du travail ?*

R. Non : parce qu'il eſt poſſible que les convulſions ne ſe ſoutiennent qu'un inſtant, & qu'elles ne s'oppoſent point à ce que la femme accouche ſeule & ſans danger. Il faut opérer l'accouchement, lorſque les convulſions ſe manifeſtent à pluſieurs repriſes, & lorſqu'elles ſont ſuivies de perte de connoiſſance, avec tuméfaction & rougeur à la face, &c.

Nous obſerverons cependant qu'il eſt ſouvent à propos de faire ſaigner la femme, ſoit du bras ou du pied, même de la gorge, avant que d'entreprendre de

l'accoucher ; & qu'il y a des cas où il convient également de la baigner. Mais on n'aura recours à ce dernier moyen, qu'autant qu'il n'exiſtera point d'engorgement au cerveau, que la face ne ſera ni tuméfiée ni enflammée, ni d'un rouge brun, &c.

Si l'on prend le parti de retourner l'enfant, & de l'amener par les pieds, on obſervera de n'opérer que dans l'intervalle que laiſſeront les convulſions. Le forceps, quand l'enfant préſente la tête convenablement, mérite la préférence ſur tous les autres moyens propres à terminer l'accouchement.

La Sage-femme ne ſauroit ſe diſpenſer, dans tous ces cas, d'appeller un bon Accoucheur.

D. *Eſt-il auſſi néceſſaire de terminer l'accouchement quand la femme éprouve de fréquentes défaillances ?*

R. Lorſque cet état de foibleſſe, de défaillance & de ſyncopes ſucceſſives ne ſe diſſipe pas au moyen des cordiaux ; tels que le bon vin, les eaux ſpiritueuſes, &c. il eſt à propos de terminer l'accouchement, quoique le danger ne ſoit pas auſſi imminent que dans le cas de perte & de convulſions.

D. *Pourquoi preſcrivez-vous de terminer l'accouchement, quand il exiſte chez la femme une hernie qu'on ne peut réduire ?*

R. Nous ne donnons ce conſeil qu'à l'égard des femmes qui doivent ſe livrer à de grands efforts pour accoucher naturellement, & qui ſouffrent de la hernie ou deſcente dont il s'agit ; parce que dans ces efforts de nouvelles parties peuvent s'échapper du bas-ventre, augmenter la deſcente, & s'y étrangler avec celles qui conſtituoient déjà cette tumeur (*a*).

D. *En quoi la ſortie du cordon ombilical vous paroît-elle aſſez dangereuſe pour exiger qu'on termine l'accouchement ?*

R. Le cordon ne peut ſortir de la matrice, & former une anſe au-deſſous de la tête de l'enfant, que la vie de ce dernier ne ſoit expoſée ; parce que cette anſe de cordon ſera preſſée par la tête même contre un des points de la ſurface interne du baſſin, & pourra l'être aſſez fortement, pour que le paſſage du ſang ſe trouve intercepté dans les vaiſſeaux ombilicaux. Or, comme l'enfant ne peut vivre ſans le ſecours de cette circulation, avant qu'il ne puiſſe reſpirer librement, il périra, ſi l'on ne le dégage pas promptement du ſein de ſa mère.

(*a*) Nous avons vu périr une femme des ſuites d'une hernie ombilicale ancienne, qui a augmentée & qui s'eſt étranglée dans les efforts d'un accouchement très-long.

D. *Est-il nécessaire de terminer l'accouchement toutes les fois que le cordon ombilical sort de la matrice à l'instant de l'écoulement des eaux ?*

R. Non : il y a même des cas où ce seroit agir contre les règles de l'Art. On doit laisser agir la nature, lorsque la tête de l'enfant se plonge dans le bassin à l'instant où le cordon paroît, parce qu'une seule douleur peut alors la mettre dehors ; que le cordon est à peine comprimé, & que les pulsations s'y entretiennent librement. Ce seroit encore agir contre les règles de l'Art, que d'opérer l'accouchement, quand le cordon est froid & sans pulsation, l'enfant étant déjà mort, & la présence du cordon ne pouvant mettre obstacle à sa sortie. Mais il faut se comporter différemment, quand les choses sont disposées de manière que l'enfant ne peut sortir que lentement & difficilement ; parce qu'il seroit victime de la grande compression que doit alors éprouver le cordon : c'est le cas où l'on doit opérer l'accouchement sans le moindre retard.



SECTION III.

Des vices de conformation, des accidens & maladies des parties de la femme, qui peuvent rendre l'accouchement difficile.

D. QUELS *sont les vices de conformation des parties de la femme qui peuvent rendre l'accouchement difficile ?*

R. Quelques-uns de ces vices de conformation affectent spécialement les parties molles ; & les autres les parties dures ou osseuses, c'est-à-dire le bassin.

Les premiers consistent dans la réunion contre nature des grandes lèvres ; dans l'étroitesse du vagin ou son rétrecissement, à l'occasion de certaines cicatrices, ou de quelques duretés & callosités ; dans l'obturation incomplète du col de la matrice même, &c.

Les vices de conformation du bassin ont été décrits au commencement de cet Ouvrage ; on peut consulter ce que nous en avons dit alors.

D. *Quelles sont les maladies des parties de la femme qui peuvent s'opposer à l'accouchement ?*

R. Ce sont des tumeurs, & il y en a de toutes les espèces. Les unes affectent les parties extérieures, & les autres

le vagin, le col de la matrice, ou des parties plus éloignées, tels que les ovaires (*a*). Parmi ces tumeurs, les unes ne ſont formées que de fluides, & les autres ne ſont faites que par le déplacement de quelques parties ; ces dernières conſtituent autant de hernies, & elles ſont formées par une anſe d'inteſtin, par la veſſie, ou par le relâchement & le renverſement du vagin même. Les tumeurs par congeſtion de fluides paſſent généralement pour autant d'abcès.

Indépendamment de toutes ces tumeurs, qui cèdent facilement à la preſſion du doigt, ſans diſparoître cependant, il y en a de très-dures, qu'on nomme *ſquirreuſes* ; & de plus dures encore, qui appartiennent aux os, & qu'on appelle *exoſtoſes*.

Une pierre volumineuſe dans la veſſie, peut rendre l'accouchement auſſi difficile que les tumeurs dont nous venons de faire mention ; ainſi que la dureté ſquirreuſe du col de la matrice.

D. *Quelles ſont les indications que préſentent ces divers états contre nature, relativement à l'accouchement ?*

(*a*) Nous avons eu à ſurmonter de grands obſtacles dans l'accouchement, à l'occaſion d'une tumeur à l'ovaire, dont une partie étoit offeuſe.

R. Ces diverſes maladies exigent autant d'opérations, & ſont du reſſort d'un Chirurgien inſtruit dans l'Art des accouchemens.

Il faut ſéparer les grandes lèvres au moyen du biſtouri, quand elles ſont réunies; inciſer la membrane hymen, ainſi que les cloiſons membraneuſes qui ferment incomplétement le vagin, ou qui s'oppoſent à ſa dilatation, de même que les brides, les cicatrices & les calloſités qui rétreciſſent ce canal.

Il faut pareillement, en quelques cas, fendre le bord de l'orifice de la matrice, quand il eſt dur & calleux; ouvrir les tumeurs abcédées, extirper les tumeurs ſquirreuſes ſuſceptibles de l'être, &c.; réduire les hernies qui forment tumeurs dans le vagin; repouſſer ou extraire la pierre qui eſt contenue dans la veſſie.

La mauvaiſe conformation du baſſin exige ſouvent qu'on opère l'accouchement avec le forceps, & quelquefois au moyen des crochets; enfin, quand elle eſt extrême, il n'y a de reſſource que dans l'opération céſarienne; quoique bien des perſonnes préfèrent encore aujourd'hui la ſection de la ſymphiſe du pubis dans ces cas malheureux.

D'après ce ſimple énoncé, les Sages-femmes verront clairement que de pareilles opérations ne peuvent leur être confiées,

& qu'il eſt de la plus grande importance qu'elles faſſent venir promptement un Accoucheur, dès qu'elles rencontreront de ces ſortes de cas.

SECTION IV.

De l'obliquité de la matrice.

D. *QU'ENTENDEZ-VOUS par obliquité de la matrice?*

R. On appelle *obliquité de la matrice* toutes les poſitions dans leſquelles la longueur de ce viſcère ne ſe trouve pas ſelon celle du corps de la femme; ou dans leſquelles le fond de la matrice ne répond pas au creux de l'eſtomac.

D. *De combien de manières le fond de la matrice peut-il ſe détourner de la direction que vous aſſignez?*

R. Si l'on ne conſidère ſa poſition que dans les derniers temps de la groſſeſſe, l'on conviendra qu'il ne peut ſe détourner de cette direction que de trois manières; ſavoir, en ſe portant en devant, ſur le côté droit, ou ſur le côté gauche; quoique la plupart des Accoucheurs ſoutiennent qu'il ſe tourne également en arrière & s'appuie ſur le devant de la colonne épinière, ce qui répugne autant à la raiſon qu'à l'obſervation.

D. *Comment appelle-t-on chacune de ces déviations du fond de la matrice ?*

R. On appelle *obliquité antérieure*, celle dans laquelle le fond de la matrice se porte tellement en avant, que le ventre en a la forme d'une besace un peu pendante. (*Voyez* la Planche XII).

On nomme *obliquité latérale droite*, la déviation du fond de la matrice vers le côté droit du ventre ; & obliquité latérale gauche, celle où il s'est déjetté sur le côté gauche. (*Voyez* la Planche XIII).

D. *A quel terme de la grossesse l'obliquité de la matrice commence-t-elle à paroître ?*

R. L'obliquité de la matrice commence de très-bonne heure chez certaines femmes, même dès les premiers mois de la grossesse ; tandis que chez d'autres on ne s'en apperçoit qu'après le quatrième & le cinquième.

D. *Quelle est la position la plus ordinaire de la matrice dans les premiers mois de la grossesse ?*

R. Cette position, pour l'ordinaire, est telle que le museau de tanche répond au milieu du bassin ; & chez quelques femmes il paroît se porter un peu vers le pubis, ou vers le sacrum.

Il y a des cas où la matrice se renverse dans le bassin, & semble couchée selon sa longueur entre le pubis & le sacrum ; de sorte que son fond s'appuie

fortement contre l'un de ces os, & le museau de tanche contre l'autre. On appelle *ante-version*, la position dans laquelle le fond de la matrice est appuyé contre la symphise du pubis, & le museau de tanche contre le sacrum ; & *retroversion*, celle où le fond de ce viscère porte sur le milieu ou sur le bas du sacrum, & le museau de tanche contre le pubis.

Ces deux positions contre nature peuvent avoir des suites fâcheuses. Elles ne manquent pas de donner lieu à la rétention des urines & à la constipation opiniâtre, dont les accidens sont très-multipliés. Elles exigent toute l'attention d'un Praticien instruit, & ne peuvent être confiées à la sagacité d'une Sage-femme. Ces sortes de déplacemens de matrice s'observent également chez les femmes qui ne sont pas grosses, & les accidens en sont quelquefois les mêmes.

D. *Quelle est l'espèce d'obliquité de matrice la plus ordinaire dans les derniers temps de la grossesse ?*

R. L'obliquité latérale droite est la plus ordinaire de toutes ; mais c'est l'antérieure qui peut devenir la plus grande.

D. *Quelles sont les causes de l'obliquité de la matrice ?*

R. On l'attribue généralement à l'attache du placenta ailleurs qu'au fond de la ma-

trice. Quelques Accoucheurs la font dépendre de l'habitude où font presque toutes les femmes de se coucher plutôt sur un côté que sur l'autre ; de la mauvaise conformation de la matrice même, &c. ; mais cette diversité d'opinions n'est nullement justifiée par l'observation. On trouve quelquefois le fond de la matrice très-incliné en devant, quoique la femme se couche habituellement sur le dos, & que le placenta soit attaché à la partie postérieure de ce viscère.

L'obliquité antérieure paroît dépendre de la direction du bassin, & de la saillie que forme la colonne lombaire & le haut du sacrum ; mais cette obliquité ne peut devenir très-grande que chez les femmes qui ont déjà eu plusieurs enfans, parce que les enveloppes du bas-ventre résistent moins alors, & qu'elles ne peuvent soutenir la matrice comme elles le font dans une première grossesse.

L'obliquité latérale dépend aussi de la saillie de la colonne lombaire, sur laquelle la matrice, qui s'arrondit en se développant, ne peut rester appuyée ; & de la position que prennent les intestins grêles relativement à ce viscère, à mesure que son fond s'élève au-dessus du détroit supérieur.

L'obliquité latérale droite paroît avoir pour cause déterminante le rapport de

l'inteſtin rectum avec la matrice, dans les trois ou quatre premiers mois de la groſſeſſe. Cet inteſtin, en ſe dilatant par l'accumulation des excrémens, ſur-tout chez les femmes groſſes ſujettes à la conſtipation, &c. doit déjetter le fond de la matrice vers le côté droit.

D. *Lorſque la matrice s'eſt inclinée dans un ſens quelconque, ne peut-on pas la ramener dans une autre direction?*

R. Quel que ſoit le degré d'obliquité du fond de la matrice, on peut la corriger, du moins en partie, même dans les cas qui paroiſſent les plus difficiles. On diminue l'obliquité antérieure en faiſant coucher la femme ſur le dos, de manière que la poitrine & la tête ſoient un peu plus baſſes que les feſſes, & en relevant, au moyen des mains, le ventre qui eſt alors pendant. On diminue l'obliquité latérale droite en tenant la femme couchée ſur le côté gauche; & l'obliquité latérale gauche, en la faiſant coucher ſur le côté droit.

D. *Quels ſont les ſignes de l'obliquité de la matrice?*

R. On juge parfaitement de l'obliquité de la matrice, en obſervant la forme du ventre, en palpant cette partie, & en touchant le muſeau de tanche au moyen du doigt introduit dans le vagin.

Dans l'obliquité antérieure, l'orifice

regarde assez généralement le sacrum, & est plus ou moins élevé, selon que l'obliquité est plus ou moins grande. Dans l'obliquité latérale droite, l'orifice répond à l'échancrure ischiatique gauche; & dans l'obliquité latérale gauche, il est tourné vers l'échancrure ischiatique droite (*a*).

Nous observerons qu'on se tromperoit quelquefois, si l'on ne jugeoit de l'obliquité de la matrice que par la situation seule de l'orifice; parce que cet orifice peut être tourné du côté même où le fond est incliné.

D. *L'obliquité de la matrice peut-elle rendre l'accouchement difficile?*

R. L'obliquité de la matrice peut rendre l'accouchement difficile & laborieux; mais elle ne peut le faire aussi souvent que bien des Accoucheurs se le sont persuadé. Il n'est aucun Praticien un peu consommé, qui n'ait vu nombre de fois l'accouchement se terminer naturellement & heureusement, malgré l'extrême obliquité de la matrice.

D. *Dans quels cas l'obliquité de la matrice peut-elle rendre l'accouchement difficile?*

R. Elle peut rendre l'accouchement difficile, quand elle est assez considérable pour faire prendre à l'enfant une position désavantageuse; car c'est à l'obliquité de

(*a*) *Voyez* les Planches XII & XIII.

la matrice qu'il faut attribuer quelques-unes de ces mauvaiſes poſitions que nous décrirons ci-après. Elle peut encore influer ſur le mécaniſme de l'accouchement, quoique la tête de l'enfant ſe préſente favorablement, ſi l'orifice ſitué en arrière & fort haut, ne ſe rapproche pas inſenſiblement du milieu du baſſin, & ne revient pas en devant, à meſure que les douleurs ſe multiplient. La tête de l'enfant pouſſée par les efforts de la femme, s'engage alors juſqu'au fond du baſſin, en pouſſant au-devant d'elle la partie antérieure & inférieure de la matrice qui la recouvre, & vient ainſi recouverte ſe préſenter à l'entrée du vagin; tandis que l'orifice reſte en arrière & ſi haut, qu'on ne peut y atteindre que difficilement.

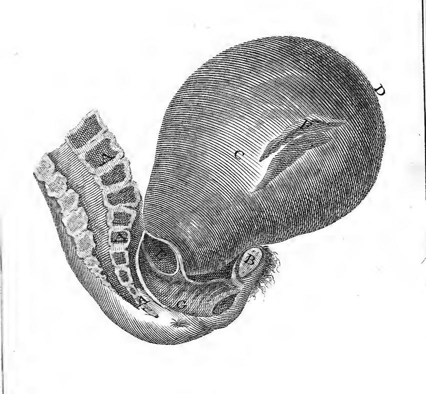
D. *Que doit-on faire dans tous ces cas?*

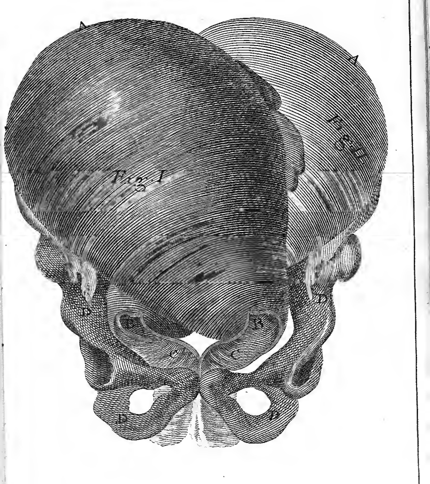
R. Il ſuffira, dans quelques-uns, de corriger, ou ſeulement de diminuer l'obliquité de la matrice; en d'autres cas, il faudra changer la poſition de la tête de l'enfant, ſi elle ne revient pas d'elle-même à ſa bonne ſituation, comme on le verra ci-après. Quand la tête ſe ſera engagée en pouſſant au-devant d'elle la partie antérieure & inférieure de la matrice, il ſera néceſſaire de corriger non-ſeulement l'obliquité de ce viſcère, mais encore de ramener ſon orifice en devant, en allant

le chercher fort en arrière au moyen du doigt introduit dans le vagin.

D. *Peut-on ramener ainsi l'orifice de la matrice sans inconvéniens ?*

R. Oui : nous assurons que cela se fait aisément, & sans le moindre désagrément pour la femme, quoique bien des Praticiens soutiennent que cette conduite soit dangereuse. On n'attend pas que la tête se soit engagée jusqu'à l'entrée du vagin, pour exécuter ce que nous recommandons ; si elle s'étoit engagée à ce point, il faudroit la repousser un peu, ne fût-ce que de la hauteur d'un demi-pouce, pour ramener plus facilement encore l'orifice de la matrice au-dessous d'elle. Le doigt étant parvenu dans cet orifice au point d'en pouvoir accrocher en quelque sorte le bord antérieur, on ne s'efforcera de le ramener en devant que dans l'intervalle des douleurs ; & l'ayant ramené convenablement, on le retiendra au moyen du doigt, jusqu'à ce qu'il soit bien dilaté, & que la poche des eaux, ou la tête de l'enfant commence à s'y engager.




A
A
Fig. I
Fig. II
B
B
C
C
D
D
D
D

EXPLICATION

DE LA PLANCHE XII.

Cette Planche repréſente un baſſin coupé verticalement, avec la matrice inclinée ſur le devant.

AAA. Les vertèbres lombaires, le ſacrum & le coccix.

B. Le pubis.

C. La matrice.

D. Le fond de la matrice.

E. L'orifice de la matrice.

F. Les ligamens larges & l'ovaire ; la matrice étant vue par la partie latérale.

G. Le vagin, ouvert ſelon ſa longueur ſur le côté droit.

PLANCHE XIII.

Cette Planche préſente l'idée des obliquités latérales de la matrice.

Fig. I. La matrice inclinée ſur le côté droit.

Fig. II. La matrice inclinée ſur le côté gauche.

AA. Le fond de la matrice.

BB. L'orifice de la matrice.

CC. Le vagin ouvert dans ſa partie antérieure.

DDDD. Le baſſin.

SECTION V.

De la rupture de la matrice, considérée comme cause d'accouchement difficile.

D. EN *quels endroits la matrice peut-elle se déchirer?*

R. La matrice peut se déchirer indistinctement dans tous les points de son étendue; on l'a trouvée déchirée dans son fond, dans sa partie antérieure, dans sa partie postérieure, & sur l'un & l'autre côté; tantôt plus près du fond, & tantôt plus près du col.

Quelquefois la déchirure est peu considérable; d'autres fois elle est très-grande. Elle peut se faire selon la longueur de la matrice, en travers, & même en forme de croissant.

Le vagin peut se déchirer également dans le lieu où il s'unit au col de la matrice, & cette déchirure peut être suivie des mêmes accidens que celle de la matrice.

D. *Quelles sont en général les causes de la déchirure de la matrice?*

R. Cette rupture, le plus souvent, est l'effet des violentes contractions de la matrice même, & des efforts inconsidérés qu'exerce la femme dans l'espoir de hâter

l'accouchement; mais pour qu'elle ſe faſſe, ſi la matrice eſt ſaine, il faut que l'enfant trouve de grands obſtacles à ſa ſortie par la voie naturelle.

Cette rupture peut être également l'effet d'une percuſſion extérieure, comme d'un coup porté ſur le ventre, d'une chûte, ou d'une forte preſſion ; ainſi que des mauvaiſes manœuvres de l'Accoucheur.

D. *Y a-t-il des ſignes qui puiſſent faire connoître que la matrice eſt menacée de ſe déchirer ?*

R. Il n'y en a pas d'aſſez certains pour qu'on ſoit en droit de prononcer que cette déchirure ſe fera, ſi l'on ne prend le parti d'opérer l'accouchement.

On ſait ſeulement, 1°. que la matrice eſt menacée de ſe rompre, quand l'enfant ne peut ſortir par la voie naturelle, quelle que ſoit la cauſe qui s'y oppoſe ; 2°. que cette rupture eſt d'autant plus à craindre que la matrice eſt plus mince en quelques endroits, qu'elle ſe contracte plus puiſſamment, & que la femme, de ſon côté, ſe livre à de plus grands efforts ; enfin, que l'enfant eſt alors plus robuſte & exerce de plus grands mouvemens.

Le plus ſouvent la rupture de la matrice ſe fait bruſquement, & à l'inſtant où l'Accoucheur s'y attend le moins : mais c'eſt toujours dans le temps d'une forte douleur.

D. *Quels sont les signes qui annoncent que la matrice s'est déchirée ?*

R. La femme ressent à l'instant de cette rupture, & dans le lieu où elle se fait, une douleur des plus aiguës ; elle annonce que quelque chose se déchire, & quelquefois le bruit de ce déchirement frappe l'oreille des assistans. Si l'enfant passe aussi-tôt dans le bas-ventre, à travers cette déchirure, il s'y annonce par des mouvemens extraordinaires, s'il est encore vivant, & on le distingue aisément en touchant l'extérieur. Le ventre se tend bientôt, & devient douloureux de toutes parts ; les douleurs de l'accouchement discontinuent, & celles qu'éprouve la femme n'y ressemblent nullement. On ne distingue plus le globe formé par la matrice en palpant le ventre ; & l'on observe d'ailleurs que le col de ce viscère se referme, & que l'enfant ne s'y présente plus, &c.

La rupture de la matrice ne s'annonce cependant aussi clairement, qu'autant que l'enfant passe promptement dans le bas-ventre ; quand il ne peut y passer, la rupture, quoique existante, ne se reconnoît pas aussi aisément ; & on ne peut que la présumer dans le premier moment.

D. *Quels sont les accidens de la rupture de la matrice ?*

R. Les suites de la déchirure de la ma-

trice ſont toujours des plus alarmantes, & la femme y ſuccombe pour l'ordinaire en très-peu de temps. Une douleur aiguë ſe fait ſentir dans le bas-ventre, comme nous l'avons déjà dit; des ſyncopes fréquentes, des vomiſſemens preſque continuels, une anxiété des plus grandes, une violente agitation, le hoquet, des convulſions, des ſueurs froides, ne tardent pas à ſe manifeſter, dès que l'enfant & le délivre ont paſſé, de la matrice dans la cavité du ventre.

Le ſang s'épanche en plus ou moins grande quantité dans cette même cavité; une anſe de boyaux s'engage quelquefois dans celle de la matrice, & peut y être étranglée, comme il arrive dans la hernie ordinaire.

D. *Quels ſont les ſecours qu'on doit apporter contre tant de maux?*

R. Des accidens auſſi formidables exigent toute la ſagacité & la préſence d'eſprit du Praticien le plus conſommé; & malgré ſon ſavoir & ſon activité, il a preſque toujours le déſagrément de ne pouvoir conſerver ni la mère ni l'enfant: même en ſuppoſant qu'il ſoit en quelque ſorte témoin de la rupture de la matrice, & qu'il agiſſe tout de ſuite en conſéquence.

Malgré le danger imminent, & preſque inévitable, qui accompagne cette triſte circonſtance, on ne doit cependant pas

abandonner la mère & l'enfant à leur fatale deſtinée. On opérera l'accouchement par la voie naturelle, ſi la choſe eſt encore poſſible ; & l'on fera l'opération céſarienne, ſi l'enfant a paſſé dans le ventre. On a conſervé la vie à quelques femmes, en ſe conduiſant ainſi, dès qu'on a eu reconnu la rupture de la matrice.

S'il eſt inutile de prévenir les Sages-femmes que ces ſortes de cas ne ſont point de leur reſſort, on ne ſauroit trop leur recommander d'appeller un Accoucheur, quand elles auront lieu de craindre la rupture de la matrice, ou qu'elle la croiront exiſtante.

SECTION VI.

Des conceptions, ou groſſeſſes extra-utérines.

D. QU'ENTENDEZ-VOUS *par groſſeſſes extra-utérines ?*

R. On appelle *extra-utérines*, les groſſeſſes extrêmement rares, dans leſquelles l'enfant & ſes dépendances ſe développent dans l'ovaire, dans l'une ou l'autre des trompes, ou bien dans la cavité du bas-ventre même, au lieu de la matrice.

D. *Quels ſont les ſignes qui caractériſent ces ſortes de groſſeſſes ?*

R. Les ſignes rationnels ſont les mêmes que dans la groſſeſſe ordinaire. Les mouvemens de l'enfant ſe manifeſtent à la même époque; mais la femme obſerve, ſi elle y donne un peu d'attention, que ces mouvemens ne ſe font pas ſentir exactement dans le même lieu, que ceux qu'elle a pu diſtinguer dans ſes groſſeſſes précédentes.

Ces ſignes ne dénotent pas aſſez clairement une groſſeſſe extra-utérine, pour qu'on ne puiſſe s'y tromper. Ce n'eſt qu'en touchant la femme avec ſoin, dans un terme avancé, qu'on peut en juger; encore y trouve-t-on ſouvent beaucoup d'obſcurité. Si la matrice ſe développe dans une groſſeſſe de cette eſpèce, elle n'acquiert jamais le même volume que dans une groſſeſſe ordinaire; elle reſte toujours très-petite, ſon col change à peine de forme, & l'orifice en eſt ſi ſerré, qu'on ne peut y porter le doigt avant les derniers momens. Quand cet orifice eſt aſſez ouvert pour permettre au doigt de pénétrer dans la matrice, il eſt aiſé de s'aſſurer ſi l'enfant y eſt renfermé. Lorſqu'il ne s'y rencontre pas, il doit être ailleurs; mais il paroît impoſſible de reconnoître ſi c'eſt dans l'une des trompes, dans l'un des ovaires, ou dans le bas-ventre même.

D. *A quelle partie le placenta s'attache-t-il, quand l'enfant eſt dans la cavité du ventre même?*

R. Quelquefois le placenta s'attache ſur la matrice même, d'autres fois ſur les inteſtins ou ſur le méſentère.

D. *Ces groſſeſſes parcourent-elles les mêmes temps que les autres ?*

R. Aſſez ſouvent, dans ces groſſeſſes extraordinaires, l'enfant meurt avant le terme de ſa maturité ; mais quelquefois il ſe développe comme dans une groſſeſſe ordinaire, & les douleurs de l'accouchement ne ſe font ſentir que vers la fin du neuvième mois.

D. *Comment l'accouchement peut-il ſe faire en pareils cas ?*

R. L'accouchement ne peut ſe faire alors par les voies naturelles ; & perſonne n'a encore oſé tenter de conſerver la mère & l'enfant au moyen de l'opération céſarienne. Il eſt vrai que cette opération, toujours dangereuſe dans le cas de groſſeſſe ordinaire, doit l'être bien plus encore dans celui de groſſeſſe extra-utérine. Elle paroîtroit cependant préférable à l'eſpèce d'abandon auquel on a toujours livré la mère & l'enfant. Si elle préſente de grands dangers, la femme eſt menacée de bien plus grands encore, lorſqu'on l'abandonne à ſa malheureuſe deſtinée, & l'enfant périt inévitablement.

D. *Quelle eſt donc la ſuite des groſſeſſes extra-utérines ?*

R. Quelquefois, mais bien rarement, l'enfant

l'enfant, après ſa mort, ſe deſſèche, ſe durcit, ſe racornit en quelque ſorte, & ſe conſerve ainſi pendant nombre d'années, ſans nuire eſſentiellement à la vie de la femme (*a*).

Le plus ſouvent la mort de la femme ſuit de près celle de l'enfant. D'autres fois celui-ci ſe putréfie; & ſes débris ſont expulſés ou extraits par la voie des abcès, qui s'ouvrent à la ſurface abdominale; de ſorte que quelques femmes ont encore le bonheur d'échapper à la mort, ſi on leur donne les ſecours convenables.

Ces cas ne doivent pas être confiés aux ſoins des Sages-femmes.

(*a*) On a publié récemment un nouveau fait de cette eſpèce. Une femme morte à Vitri-le-François en 1785, & dans une extrême vieilleſſe, portoit dans ſon ſein un enfant deſſéché, depuis 1753.



ARTICLE II.

Des préceptes généraux relatifs à la manière d'opérer l'accouchement contre nature, ou difficile, & des devoirs que la religion prescrit dans quelques-uns de ces cas.

SECTION PREMIÈRE.

Des préceptes relatifs à la manière d'opérer dans les accouchemens contre nature.

D. *Quelles sont les précautions qu'il faut observer dans la pratique des accouchemens contre nature?*

R. Parmi ces précautions, les unes regardent la situation qu'on doit donner à la femme; les autres le temps d'opérer, & la manière de le faire.

D. *Quelle est la situation qu'on doit donner à la femme?*

R. La femme sera couchée sur le dos, & située de manière que les fesses débordent un peu l'extrémité du lit. Les jambes & les cuisses seront à demi-pliées, les pieds appuyés sur deux chaises, les genoux fixés & tenus médiocrement écartés, par des aides disposés convenablement. La tête & les épaules seront peu élevées; & d'autres aides fixeront encore la femme

de ce côté, ſi cela eſt néceſſaire; pour l'empêcher de ſe retirer vers le haut du lit, quand on introduira la main dans la matrice.

On la couvrira d'un drap & d'une couverture, ſi c'eſt en hiver; ſoit pour la défendre du froid, ſoit pour ne pas l'expoſer nue aux yeux des aſſiſtans, & de l'opérateur même.

Le lit dont il s'agit doit être étroit, ſolide, & aſſez élevé pour que l'Accoucheur ne ſoit pas courbé, ni trop gêné dans les attitudes qu'il ſera forcé de prendre dans le cours de ſon opération. Une couchette ordinaire vaut mieux, en pareil cas, qu'un lit de ſangle; & à ſon défaut, on placera la femme ſur le bord, ou ſur l'extrémité de ſon lit garni & diſpoſé convenablement.

Si l'on ſe ſervoit d'un lit de ſangle, il ne faudroit pas manquer d'en appuyer l'extrémité ſur deux tabourets, ou deux chaiſes de hauteur convenable.

On placera un couſſin ou un carreau ſolide entre les matelas, à l'extrémité de ce lit; pour qu'il creuſe moins, & que les feſſes de la femme ne s'y enfoncent pas.

On le diſpoſera d'ailleurs dans la chambre, de manière à ce qu'on puiſſe aller & venir librement autour.

Telle eſt l'eſpèce de lit qu'on doit pré-

parer dans le cas d'un accouchement difficile & contre nature; & la ſituation que doit garder la femme même pendant l'accouchement. S'il eſt des circonſtances qui exigent moins d'appareil, & dans leſquelles on puiſſe la ſecourir dans ſon lit ordinaire, nous les indiquerons à meſure que nous avancerons.

D. *Quel eſt le moment le plus favorable pour opérer l'accouchement contre nature?*

R. Le moment le plus favorable eſt celui de l'extrême dilatation de l'orifice de la matrice, & de l'écoulement des eaux de l'amnios; quand l'accouchement ne devient contre nature que par la mauvaiſe ſituation de l'enfant.

Si l'on opéroit avant ce moment, on éprouveroit plus de difficulté à pénétrer dans la matrice, & comme il faudroit employer plus de force pour les ſurmonter, la mère ainſi que l'enfant, ſeroient expoſés à quelques inconvéniens.

Il faut opérer dans ce moment d'élection, parce que les obſtacles & le danger s'augmentent en raiſon de ce qu'on s'en éloigne davantage. La matrice, après l'écoulement des eaux, ſe contracte plus fortement, ſe reſſerre ſur l'enfant, & l'embraſſe ſi étroitement, qu'il eſt extrêmement difficile, en quelques cas, d'y introduire la main, de retourner l'enfant, & de l'en dégager.

D. *Faut-il toujours attendre que la poche des eaux s'ouvre d'elle-même, pour opérer l'accouchement qui eſt contre nature?*

R. Non; parce qu'il y a des cas où les membranes ſont ſi dures, qu'elles ne peuvent ſe déchirer d'elles-mêmes, ou qu'elles ne le feroient que très-tard; on attendra ſeulement que l'orifice de la matrice ſoit bien dilaté, & que ſon bord ſoit très-ſouple. Alors on placera la femme convenablement, & l'on déchirera la poche des eaux, en avançant la main dans le vagin.

D. *Peut-on opérer l'accouchement dans tous les cas, à l'inſtant où la poche des eaux s'ouvre d'elle-même?*

R. Non; parce que cette poche ſe crève quelquefois avant que le col de la matrice ne ſoit effacé & dilaté convenablement; & que d'autres fois, au moment où elle le fait, il n'exiſte encore aucun des accidens qui doivent nous engager à opérer.

Quand la poche des eaux s'ouvre de trop bonne heure, il faut attendre que le col de la matrice ſoit aſſez ſouple pour s'ouvrir aiſément, & n'opérer que dans ce moment.

D. *L'état de la femme, en général, n'exige-t-il pas quelques attentions particulières avant qu'on entreprenne de l'accoucher?*

R. Il eſt des cas où l'on ne doit opérer

l'accouchement qu'après y avoir préparé la femme par des remèdes généraux, tels que la saignée, le bain, les fomentations, &c.

Lorsque le pouls est élevé, fréquent & dur, le ventre tendu & douloureux ; lorsque les parties sont tuméfiées & sensibles, il convient de différer l'accouchement jusqu'à ce qu'on ait satisfait à ce que demande l'ensemble de ces symptomes, par une saignée du bras, par l'usage du bain & les fomentations émollientes, tant sur le ventre que sur les parties naturelles.

D. *Quelles sont les précautions qu'il convient d'observer relativement à la manière d'opérer, en général ?*

R. On doit, en général, distinguer trois temps dans la pratique des accouchemens contre nature ; 1°. celui où l'on introduit la main dans la matrice ; 2°. celui où l'on retourne l'enfant ; 3°. & celui où l'on en fait l'extraction : ces trois temps exigent des précautions particulières.

D. *Quelles sont les précautions qui sont relatives à l'introduction de la main dans la matrice ?*

R. 1°. On trempera la main dans un mucilage quelconque (*a*), ou bien on

---

(*a*) Une forte décoction de racine de guimauve, ou de graine de lin, de manière que l'eau en soit comme glaireuse.

l'enduira de beurre frais, de pommade, ou d'huile, pour qu'elle pénètre plus facilement, & avec moins de douleurs pour la femme; 2°. on introduira les doigts ſucceſſivement dans le vagin, en dilatant graduellement ſon orifice, pour le préparer à recevoir toute la main, qu'on y fera pénétrer lentement; 3°. on choiſira le moment où la douleur de l'accouchement ſe fait ſentir, préférablement à celui du calme qu'éprouve la femme après cette douleur, pour introduire la main dans le vagin; 4°. l'on n'agira que dans ce moment de calme, au contraire, quand il ſera queſtion d'introduire la main dans la matrice; parce que ce viſcère eſt alors plus ſouple & moins contracté ſur l'enfant, parce qu'il offre de toutes parts moins d'obſtacles, que la main pénètre en excitant moins de douleurs, & en expoſant la femme à moins d'inconvéniens. Quelle que ſoit la hauteur à laquelle la main ſera déjà introduite, elle reſtera en repos pendant la durée de chaque douleur que la femme éprouvera, ou chaque contraction de la matrice; & l'on ne s'efforcera de la porter plus loin, que quand cette douleur ſera paſſée. 5°. On avancera les doigts ſucceſſivement dans l'orifice de la matrice, ſi on ne le trouve pas très-ouvert, afin de le dilater graduellement, comme on l'a fait à l'égard de

l'entrée du vagin; & on le dilatera plutôt en écartant ces mêmes doigts, qu'en pouſſant de toute la main, pour ne pas déchirer le vagin dans ſa partie ſupérieure, près le col de la matrice même. 6°. La main doit être appliquée à la ſurface de l'enfant, les doigts rapprochés & légérement recourbés de leurs extrémités, de ſorte que leur face externe regarde la ſurface interne de la matrice : la main ne doit faire que de très-petits mouvemens dans le trajet qu'elle parcourra, pour qu'elle ſe fatigue moins, que la matrice en ſoit moins irritée, & que la femme en reſſente moins de douleurs. 7°. Pendant qu'on introduira cette main, il eſt utile quelquefois, de tenir l'autre extérieurement ſur le fond de la matrice, pour fixer en quelque ſorte ce viſcère, & l'empêcher de céder à l'impulſion de celle qu'on porte en dedans. 8°. L'Accoucheur doit ſe découvrir les bras juſqu'au-deſſus des coudes, toutes les fois qu'il eſt obligé de porter la main profondément dans la matrice; & il doit avoir de plus la précaution de bien rogner ſes ongles. S'il entrevoit, ou s'il rencontre quelques difficultés dans l'opération, il doit ſe faire un devoir de ne l'annoncer à la femme, ni par aucun geſte de tête, ni par aucun propos alarmant; parce que même la plus courageuſe s'en effraie aiſément,

& qu'il pourroit en réſulter de grands inconvéniens. Il évitera également d'expoſer aux yeux de la femme les linges enſanglantés qui lui auront ſervi à eſſuyer les mains. En un mot, il doit opérer de ſang-froid & avec le moindre appareil poſſible.

D. *Eſt-il indifférent, dans tous les cas, d'introduire la main droite ou la main gauche dans la matrice?*

R. Non; & cette obſervation eſt même ſi importante en bien des cas, qu'on ne peut ſe promettre de facilité & de ſuccès, qu'autant qu'on opérera d'une main plutôt que de l'autre.

Le choix de celle qu'il convient d'introduire, doit être déterminé par la ſituation même de l'enfant dans la matrice. Nous aurons le ſoin d'indiquer les cas qui exigent qu'on introduiſe la main droite, & ceux qui requerront la main gauche.

D. *Que doit-on obſerver relativement à la manière de retourner l'enfant dans le ſein de ſa mère, & de l'en extraire?*

R. On obſervera, 1°. de ne dégager les pieds que dans l'intervalle des douleurs, ou des contractions de la matrice; & de ne tirer ſur ces extrémités que dans ces mêmes inſtans, juſqu'à ce que les feſſes ſe trouvent engagées dans le détroit ſupérieur. 2°. Quand l'enfant ſera deſcendu

à ce point, on ne s'efforcera de l'extraire, qu'autant que la douleur aura lieu, & que la femme exercera quelques efforts en poussant. Nous tracerons ailleurs des règles plus précises, relativement aux diverses circonstances qui peuvent se présenter dans la pratique.

SECTION II.

Des devoirs que prescrit la religion.

D. *QUELS sont les devoirs que la religion nous impose, soit relativement à la femme, soit relativement à l'enfant, dans tous les cas d'accouchemens difficiles?*

R. La religion nous prescrit, 1°. de faire connoître à la femme le danger qui la menace, quand sa situation est assez fâcheuse pour craindre de la voir expirer dans l'accouchement même, ou immédiatement après; afin qu'elle se fasse au plutôt administrer les sacremens. 2°. Relativement à l'enfant, la religion nous impose le devoir de l'ondoyer toutes les fois qu'il court le risque de mourir dans l'accouchement: pour le faire, il faut verser l'eau immédiatement sur une partie de son corps.

Quand on ne peut que toucher la tête dans le fond du vagin, on y portera l'eau

au moyen d'une ſeringue, dont on dirigera la canulle à la faveur d'un doigt, juſques dans la matrice.

Dans ce cas, l'on ondoyera l'enfant de nouveau, quand il ſera ſorti, s'il manifeſte encore quelque ſigne de vie, en ajoutant à la formule ordinaire ces mots, *ſi tu n'es pas baptiſé.*

Quand l'enfant préſente une main au dehors, c'eſt ſur cette main qu'on doit verſer l'eau; & dans tous les autres cas, ſur l'un des pieds, ou ſur les deux, auſſi-tôt qu'on les a dégagés, & qu'ils ſont expoſés à la vue. Lorſqu'on a ondoyé l'enfant en verſant l'eau ſur une main ou ſur un pied, il faut l'ondoyer de nouveau après ſa naiſſance, s'il paroît encore en danger de mort; & verſer l'eau ſur la tête; en ajoutant à la formule ordinaire, *ſi tu n'es pas baptiſé*, enfant je te baptiſe, &c.

Quel que ſoit le terme de la groſſeſſe où ſe fait l'accouchement; quelle que ſoit la forme de l'enfant, pourvu qu'il participe en quelque choſe de l'eſpèce humaine, on doit l'ondoyer. On aura la même attention, quoique l'enfant paroiſſe mort au moment de ſa ſortie; & le ſeul cas où l'on doive ſe diſpenſer de l'ondoyer, eſt celui où la pourriture ne laiſſe aucun doute ſur ſa mort.

Lorſque l'enfant eſt monſtrueux, de même que dans le cas où il ne donne aucun ſigne de vie, on ajoutera à la formule ordinaire du baptême ces mots : *ſi tu es capable du baptême*, je te baptiſe, &c.

Toutes perſonnes peuvent baptiſer dans un cas de néceſſité. Ce ſera la Sage-femme qui ondoyera l'enfant, quand il faudra le faire avant ou pendant l'accouchement; ce ſera préférablement un homme, excepté le père de l'enfant, quand on ne le fera qu'après l'accouchement.

On emploie, pour le baptême, de l'eau bénite, de l'eau de puits, de pluie, de fontaine, de rivière; en un mot, de l'eau commune.

En répandant l'eau en forme de croix ſur la tête, ou ſur toute autre partie, quand on ne peut le faire ſur celle-ci, on doit prononcer diſtinctement les paroles ſuivantes. « *Enfant, je te baptiſe au nom du Père, du Fils & du Saint-Eſprit* ».

Lorſqu'on porte à l'égliſe un enfant qui a été ondoyé, on doit en prévenir le Prêtre avant la cérémonie du baptême.

CHAPITRE II.

Des accouchemens où l'enfant préſente les pieds, les genoux ou les feſſes; & de la manière d'opérer ces accouchemens.

ARTICLE PREMIER.

Des accouchemens dans leſquels l'enfant préſente les pieds.

SECTION PREMIÈRE.

De la conduite qu'on doit tenir en général, lorſque les pieds ſe préſentent.

D. *COMMENT doit-on aider la femme dans l'accouchement où l'enfant préſente les pieds ?*

R. On doit laiſſer agir la nature, toutes les fois que la femme n'éprouve aucun des accidens dont il eſt fait mention ci-devant ; on obſervera ſeulement dans le premier inſtant quelle eſt la poſition des pieds, & la direction ſelon laquelle ils s'engagent. On les éloignera des points de

la ſurface interne du baſſin, contre leſquels ils pourroient s'appuyer & s'arrêter dans la ſuite, afin qu'ils parviennent plus aiſément au dehors. Le doigt ſeul ſuffit pour diriger les pieds auſſi favorablement.

S'ils ne s'avançoient que difficilement, malgré les efforts de la femme, on les accrocheroit de deux doigts introduits dans le vagin, & on les entraîneroit ſucceſſivement.

A meſure que l'enfant ſe dégagera, on obſervera de tourner ſa poitrine vers l'une des ſymphiſes ſacro-iliaques, & le dos ſous l'une des cavités cotyloïdes; s'il ne ſe préſente pas naturellement de cette manière. Si l'on juge à propos d'aider la femme dans ce moment, en tirant ſur les pieds, il ne faudra ſe permettre que de légers efforts, & ne les faire ſeulement, que dans le temps des contractions de la matrice, c'eſt-à-dire, dans le moment de la douleur & des efforts que la femme même exercera de ſon côté.

Quand les choſes ſe paſſent tranquillement, & que l'enfant avance ſans peine, l'Accoucheur doit ſe borner à ſoutenir convenablement le corps, à meſure qu'il ſe dégagera.

On abaiſſera les bras de l'enfant, s'ils ne ſe dégagent pas d'eux-mêmes, auſſitôt que les épaules ſeront au dehors;

pour que la sortie de la tête se fasse plus aisément.

On continuera de soutenir le corps de l'enfant, en le relevant même vers le ventre de la femme, afin que par son poids & sa position sur le lit, il ne gêne pas les mouvemens que la tête doit exécuter pour sortir le plus aisément possible.

Si les secours de l'Art doivent se borner à seconder aussi foiblement les efforts de la nature, quand la femme n'éprouve pas d'accident, & ne court aucun danger, non plus que son enfant, il faut agir différemment en quelques circonstances, & opérer l'accouchement.

D. *Dans quelles circonstances doit-on opérer l'accouchement; & comment faut-il l'opérer?*

R. On opérera l'accouchement toutes les fois qu'il surviendra une perte considérable, ou qu'il se manifestera d'autres accidens également fâcheux. L'on n'attendra point alors que les pieds de l'enfant soient descendus à la portée des doigts, on ira les chercher dans la matrice, en avançant, s'il le faut, toute la main dans le vagin. Si l'orifice de la matrice n'est pas suffisamment ouvert dans le moment où l'on est forcé d'opérer l'accouchement, on le dilatera avec ménagement, comme on l'a recommandé ci-devant; & si les membranes ne sont pas déchirées,

on les déchirera de même, avant de saisir les pieds.

On dégagera les deux pieds, s'il se peut en même temps, & dès qu'ils seront au dehors, on les enveloppera d'un linge sec & doux; afin qu'ils échappent moins des mains, qu'on ne soit pas obligé de les serrer étroitement pour les tenir & tirer dessus, de manière à faire descendre l'enfant.

D. *Est-il toujours bien facile d'entraîner les deux pieds, dans le cas même où ils se présentent naturellement?*

R. On les dégage aisément, si l'on s'en occupe avant que les fesses de l'enfant ne soient descendues dans le bassin; mais on y rencontre quelquefois de grandes difficultés, quand la partie inférieure du tronc, les cuisses & les jambes ont été poussées comme en bloc dans la cavité dont il s'agit, & s'y trouvent en quelque manière enclavées. Pour dégager les pieds, lorsque toutes ces parties se présentent ainsi en même temps, il faut commencer par repousser les fesses au-dessus du détroit supérieur.

D. *Est-il nécessaire de dégager les deux pieds de l'enfant, lorsqu'ils se trouvent à l'orifice de la matrice?*

R. Non: il est seulement plus avantageux de dégager l'un & l'autre, que de n'en amener qu'un seul; mais il y a

beaucoup de cas où l'on peut extraire l'enfant en ne tirant d'abord que ſur l'un des pieds.

D. *A quels ſignes reconnoîtra-t-on qu'on ne peut ſe diſpenſer de dégager le ſecond pied?*

R. Il eſt important de dégager le ſecond pied, toutes les fois qu'on ne peut faire deſcendre la partie inférieure du tronc, en tirant avec ménagement & dans une direction convenable, ſur celui qu'on a dégagé. En ſe permettant de tirer ſur ce pied, autant qu'il le faudroit pour vaincre l'obſtacle qui empêche l'enfant de s'engager, on s'expoſeroit à luxer ou à fracturer la jambe ou la cuiſſe. Les difficultés qu'on ſe propoſeroit de ſurmonter ainſi, ſont d'ailleurs quelquefois au-deſſus des efforts que peut abſolument ſupporter la jambe & la cuiſſe de l'enfant, & on pourroit arracher cette extrémité.

D. *Que devient l'autre extrémité inférieure de l'enfant, quand on ne tire que ſur l'une?*

R. L'extrémité inférieure qui reſte en arrière ſe développe & s'alonge ſur le devant du ventre & de la poitrine, pour ne ſe dégager qu'à l'inſtant où les aiſſelles paroiſſent à la vulve. On la laiſſera donc venir ainſi toutes les fois qu'on fera deſcendre l'enfant aiſément, en ne tirant que ſur l'un des pieds; on aura l'attention ſeulement d'accrocher la hanche, du côté

de la ſeconde extrémité, auſſi-tôt qu'on le pourra, au moyen du doigt indicateur légérement recourbé ſur le pli de l'aîne, pour aider à la ſortie des feſſes.

D. *Lorſqu'on dégage les deux pieds, peut-on être certain qu'ils appartiennent au même enfant?*

R. Il y a des cas où il convient de s'en aſſurer avant de les engager profondément; parce qu'ils pourroient appartenir à deux enfans, & qu'on a pu prendre alors le pied droit de l'un & le pied gauche de l'autre. Pour s'aſſurer que les deux pieds appartiennent au même enfant, il faut avancer le doigt entre les jambes & les cuiſſes, juſqu'aux feſſes.

SECTION II.

De la manière d'extraire l'enfant, dans la poſition des pieds où les talons regardent le côté gauche du baſſin. Voyez *Planche XIV* (*a*).

D. *COMMENT doit-on opérer l'extraction de l'enfant, dans ce cas?*

R. Lorſque les pieds ſe préſentent de

(*a*) Cette Planche fait connoître l'attitude de l'enfant, dans le cas où il préſente les pieds le plus ordinairement.



cette manière, on les dégagera, en les portant obliquement en en bas, & l'on continuera de tirer deſſus, juſqu'à ce que les genoux ſoient au dehors. Alors on ſaiſira les cuiſſes des deux mains garnies d'un linge ſec, & l'on tirera ſelon la même direction, pour dégager les feſſes; de manière que le dos de l'enfant ſoit placé ſous la cavité cotyloïde gauche, & que la poitrine regarde la ſymphiſe ſacro-iliaque droite; afin que les épaules ſe préſentent dans la ſuite avantageuſement au détroit ſupérieur.

A meſure que les feſſes de l'enfant s'avanceront, on rapprochera les mains du haut des cuiſſes & des hanches pour tirer de plus près, & ne pas fatiguer l'articulation des jambes & des pieds. Si l'on éprouve quelques difficultés à faire deſcendre la poitrine & les épaules, on tirera en relevant un peu les cuiſſes de l'enfant vers l'aîne droite de la mère, puis en les reportant de ce point vers le deſſous de la cuiſſe gauche; & alternativement de cette manière, juſqu'à ce que les aiſſelles paroiſſent à la vulve.

Lorſque les feſſes ſeront dégagées, on examinera ſi le cordon ne tiraille pas l'ombilic au point de le déchirer; & ces recherches, quelquefois importantes, ſe font au moyen d'un doigt, quand l'enfant n'eſt pas aſſez dégagé pour qu'on puiſſe

voir ce qui ſe paſſe à cet égard. Si l'ombilic eſt tiraillé, il convient alors de faire deſcendre une anſe de cordon, pour le relâcher & en prévenir la déchirure. On aura la même attention, quand le cordon ſe trouvera paſſé entre les cuiſſes de l'enfant, & montera le long du dos.

D. *Doit-on dégager les bras de l'enfant dès que les épaules paroiſſent, ou vaut-il mieux achever de l'extraire avec les bras placés ſur les côtés du col & de la tête ?*

R. Les Praticiens conviennent aſſez unanimement de l'utilité, & même de la néceſſité de dégager les bras de l'enfant, lorſque les épaules paroiſſent ; mais il en eſt encore qui regardent cette précaution non-ſeulement comme inutile, mais même dangereuſe ; en ce que, diſent-ils, les bras placés ſur le côté de la tête s'oppoſent au reſſerrement de l'orifice de la matrice ſur le col de l'enfant, & empêchent qu'il ne ſoit étranglé au paſſage. Cette crainte eſt on ne peut moins fondée, & ne ſauroit improuver le précepte de dégager les bras de l'enfant : ſouvent il eſt de la plus grande importance de le faire.

D. *Comment doit-on dégager les bras de l'enfant ?*

R. On abaiſſera d'abord celui qui ſera le moins ſerré entre la tête de l'enfant & les parois du baſſin ; & preſque toujours c'eſt le bras qui répond au ſacrum.

Pour dégager ce bras, on relevera le corps de l'enfant vers l'aîne droite de la femme, en le soutenant de la main gauche garnie de linge, mais sans tirer dessus. On saisira l'épaule, qui paroît au bas de la vulve, au moyen du pouce & de l'index de la main droite, & on la fera descendre un peu plus. Après cela, on insinuera l'index seul le long du bras jusques sur le pli du coude, & on l'abaissera, en le ramenant sur la poitrine de l'enfant.

Ce premier bras étant sorti, on inclinera le tronc en en bas, & vers la cuisse gauche de la femme; où on le soutiendra de la main droite, pendant qu'on dégagera le second bras, comme le précédent.

L'on ne s'efforcera jamais de faire descendre les bras le long du dos de l'enfant, quoique quelquefois l'un d'eux, placé déjà derrière le col, paroisse plus disposé à se dégager de cette manière, qu'à revenir sur le devant de la poitrine; parce qu'on exposeroit ce bras à se casser, ou à se luxer.

D. *Doit-on procéder à l'extraction de la tête, après avoir dégagé les bras de l'enfant, & comment doit-on y procéder?*

R. On doit extraire la tête de l'enfant, après avoir dégagé les bras, toutes les fois que les forces de la nature ne seront pas suffisantes pour l'expulser promptement. L'extraction de la tête est facile

pour l'ordinaire, parce que le baſſin de la femme eſt bien fait; & il ne faut, pour l'opérer, que de foibles efforts de la part de l'Accoucheur. Il examinera d'abord, au moyen d'un doigt porté dans le vagin, qu'elle eſt la ſituation & la hauteur de la tête; car on ne doit eſſayer de l'extraire, qu'autant qu'elle eſt placée favorablement, & que la face répond à la courbure du ſacrum: c'eſt la poſition que la tête prend le plus ordinairement d'elle-même, auſſi-tôt qu'elle a traverſé le détroit ſupérieur, & qu'on doit lui donner, quand les efforts de la nature ne l'ont pas dirigée ainſi.

Ayant donné cette poſition avantageuſe à la tête, en pouſſant la face dans la courbure du ſacrum au moyen de deux doigts, on introduira l'index, ou le doigt du milieu, de la main droite à l'entrée de la bouche de l'enfant, en le recourbant un peu, non pas pour tirer ſur la mâchoire inférieure, comme quelques-uns l'ont recommandé, mais pour empêcher que le menton ne s'accroche & ne s'arrête en quelque endroit: ou bien on remplira les mêmes vues, en alongeant deux doigts de la même main ſur les côtés du nez, & vers les joues de l'enfant.

Soit qu'on place les doigts de cette manière, ou qu'on en introduiſe un à l'entrée de la bouche, on ſoutiendra le corps de l'enfant de la même main recouverte d'un

linge, & on appliquera l'autre le long du dos, de façon que l'index & le doigt du milieu soient écartés & recourbés sur le épaules.

Embrassant de cette manière le corps de l'enfant, sans le comprimer, on tirera dessus en le relevant vers le ventre de sa mère, & en le portant ensuite un peu en bas; pour le relever de nouveau, & continuer de tirer légérement dans ce dernier sens; tandis que la femme fera de son côté tous les efforts dont elle sera capable.

On cessera de tirer sur le corps aussitôt que le front sera parvenu au bas de la vulve, & d'une main alors on soutiendra le périnée de la femme, en pressant un peu de derrière en devant, c'est-à-dire, du coccyx au pubis, tant pour l'empêcher de se déchirer, que pour faciliter la sortie de la tête.

Nous observerons qu'on ne sauroit mettre trop de lenteur & de ménagement dans l'extraction de la tête de l'enfant; qu'on ne doit jamais tirer avec force, ni par secousses sur le corps, & qu'il faut éviter, avec le même soin, de le faire selon toute la longueur de l'enfant, en ne tenant que les pieds, & en lui faisant décrire de grands mouvemens en rond.

❦

Section III.

De la manière d'opérer l'accouchement lorſque l'enfant préſente les pieds dans la deuxième, troiſième & quatrième poſitions des pieds.

D. *Comment doit-on opérer l'accouchement, quand les pieds ſe préſentent dans la ſeconde poſition ?*

R. Dans ce cas, où les talons regardent le côté droit du baſſin, l'on obſervera de faire deſcendre l'enfant de manière que le dos paſſe ſous la cavité cotyloïde droite, & la poitrine vis-à-vis la ſymphiſe ſacro-iliaque gauche; pour que les épaules & la tête ſe préſentent favorablement au détroit ſupérieur. Lorſque les feſſes de l'enfant ſeront au dehors, ſi l'on éprouve quelques difficultés à faire deſcendre les épaules, on tirera ſur le haut des cuiſſes & les hanches, en relevant un peu vers l'aîne gauche de la femme, puis en reportant les extrémités en en bas, & obliquement vers le deſſous de la cuiſſe droite, ſans donner trop d'étendue à ces mouvemens.

On dégagera les bras, en commençant par celui qui eſt en deſſous, auſſi-tôt que les épaules paroîtront à la vulve. Lorſque la tête ſera dans l'excavation du baſſin, on

on dirigera la face vers le milieu du facrum, fi elle ne s'y porte pas d'elle-même ; & on achevera l'accouchement comme dans le premier cas.

D. *Comment doit-on opérer l'accouchement dans la troifième pofition des pieds?*

R. On aura le foin de changer un peu cette pofition, à mefure que les pieds fe dégageront, & de détourner le dos de deffous la fymphife du pubis, en l'inclinant vers l'une des cavités cotyloïdes; pour extraire l'enfant, comme on l'a fait dans la première & la feconde pofition des pieds.

En détournant le dos de deffous la fymphife du pubis, l'on ne mettra pas toujours la tête dans le cas de fe préfenter favorablement au détroit fupérieur, parce qu'elle ne fuit pas toujours le mouvement de rotation qu'on fait faire au corps. Il faudra donc s'affurer de fa pofition auffi-tôt que les bras feront dégagés, afin de la changer convenablement, en dirigeant la face vers l'un des côtés de la faillie du facrum, toutes les fois qu'elle ne fe fera pas tournée de cette manière.

D. *Comment pourra-t-on changer la pofition de la tête, quand le tronc fera forti?*

R. Pour opérer le déplacement de la tête à l'égard du détroit fupérieur, toutes les fois que l'occiput fera comme accroché au rebord des os pubis, & la face

appuyée ſur la ſaillie de la baſe du ſacrum ; on introduira toute la main, à la réſerve du pouce, le long de la partie antérieure du col de l'enfant, juſqu'à ce que les doigts ſoient parvenus ſur l'une des joues, & qu'on puiſſe entraîner ou pouſſer la face vers l'une des ſymphiſes ſacro-iliaques. L'on ne s'efforcera jamais de donner cette poſition à la tête à l'égard du détroit ſupérieur, en tournant & en tordant, pour ainſi dire, le tronc qui eſt au dehors ; parce qu'on ne peut la déplacer de cette manière, quand elle eſt engagée & fixée dans ce détroit.

L'on n'oubliera pas de diriger la face vers le milieu du ſacrum, lorſque la tête aura traverſé le détroit ſupérieur, & ſera deſcendue dans l'excavation du baſſin, pour achever de l'extraire comme dans les cas précédens.

D. *Comment doit-on opérer l'accouchement, quand les pieds ſe préſentent dans la quatrième poſition ?*

R. Avant de décrire la manière d'opérer cette eſpèce d'accouchement, nous retracerons le jugement que tous les Auteurs ont porté de la poſition des pieds dans laquelle les orteils regardent le pubis. Ils ont annoncé unanimement que cette poſition étoit peu favorable à la ſortie de l'enfant ; parce que le menton devoit s'accrocher & s'arrêter au rebord ſupérieur

du pubis ; & aucun n'a manqué de preſcrire de mettre la face de l'enfant endeſſous, ou vers l'un des côtés du détroit ſupérieur, pour prévenir cet accident.

Lorſque les pieds ſe préſentent dans cette poſition, il faudra tourner les orteils en deſſous à meſure que les jambes, les cuiſſes & les feſſes ſe dégageront ; de manière que le dos deſcende derrière l'une ou l'autre cavité cotyloïde, & la poitrine conſéquemment vis-à-vis l'une des ſymphiſes ſacro-iliaques, comme à la ſuite de la première ou de la ſeconde poſition des pieds.

D. *Comment peut-on changer la poſition du tronc de l'enfant, lorſqu'il eſt engagé au point que les feſſes paroiſſent à la vulve ?*

R. Ce changement de poſition s'opère encore, pour l'ordinaire, avec tant de facilité, en tirant ſur les extrémités inférieures, & en les tournant comme on vient de le preſcrire, qu'il ſembleroit inutile de donner d'autres préceptes à cet égard. S'il arrivoit néanmoins qu'on ne puiſſe y parvenir de cette manière, il faudroit ſe comporter différemment. On introduira les quatre doigts d'une main le long des lombes de l'enfant, mais à l'entrée du vagin ſeulement, & ceux de l'autre main ſous le pubis, pour fixer les cuiſſes au-deſſus de leur articulation avec le tronc. Alors on repouſſera un tant ſoit peu

l'enfant, comme pour le faire rentrer dans la matrice, & on tirera de suite comme pour l'en dégager de nouveau ; ce qu'on répétera alternativement, en détournant la poitrine chaque fois de dessous la symphise du pubis, jusqu'à ce qu'elle soit parvenue vis-à-vis l'une des symphises sacro-iliaques.

Comme l'on ne détourne pas toujours la face de dessus la symphise des os pubis, en roulant ainsi le corps de l'enfant à mesure qu'il se dégage, & que le menton peut encore, malgré cette précaution, s'arrêter au rebord supérieur de ces mêmes os, il faudra s'assurer de la véritable position de la tête, dès que les épaules seront sorties, & lui en donner une favorable, si on ne la trouve pas telle.

D. *Que faut-il faire quand la tête est comme accrochée par le menton au rebord des os pubis ?*

R. Ce cas est ordinairement fâcheux pour l'enfant ; & il le devient d'autant plus que la tête sera retenue depuis long-temps en cet état ; que la femme aura fait plus d'efforts pour l'expulser, ou que l'Accoucheur même en aura exercé davantage pour l'extraire.

Quel que soit l'état de l'enfant, on ne peut extraire la tête qu'après l'avoir mise dans une position favorable à l'égard

du détroit ſupérieur. Pour lui donner cette poſition, on avancera toute la main, à la réſerve du pouce, le long de la partie poſtérieure du col de l'enfant jufqu'à l'occiput, qu'on refoulera au-deſſus de la ſaillie du ſacrum, & qu'on tournera enſuite vers l'une des ſymphiſes ſacro-iliaques, ſi l'on ne peut le porter juſques ſur l'une des cavités cotyloïdes. Pendant qu'on déplacera la tête de cette manière, on tournera dans le même ſens, le corps qui eſt au-dehors.

Quand la tête ſera parvenue dans l'excavation du baſſin, on conduira la face vers le ſacrum, & on achevera de la dégager comme à l'ordinaire.

D. *Ne pourroit-on pas changer la poſition de la tête de l'enfant, dans le cas dont il s'agit, en tournant ſeulement le corps qui eſt au-dehors?*

R. On ſe le promettroit en vain dans le cas où la tête eſt engagée & comme fixée. Il faut prendre garde de s'en laiſſer impoſer par la facilité avec laquelle on pourroit alors tourner le corps, & mettre la poitrine en-deſſous. La torſion du col, inſéparable de ce mouvement de rotation du tronc, pourroit être fâcheuſe, ſi l'enfant étoit vivant; & en lui donnant alors la mort, la même erreur pourroit conduire à arracher le tronc, & à le ſéparer d'avec la tête.

SECTION IV.

De l'arrachement du tronc de l'enfant, ou de sa séparation d'avec la tête.

D. DOIT-ON *regarder l'arrachement du tronc de l'enfant comme un événement bien fâcheux ?*

R. Cet événement est toujours fâcheux, puisque la mort de l'enfant le précède constamment ; & l'Accoucheur commet une faute très-grave, toutes les fois qu'en se conduisant différemment, il auroit pu le prévenir. L'impossibilité de conserver la vie à l'enfant, malgré toutes les précautions possibles, la certitude même qu'il en est déjà privé, ne sauroient excuser celui qui arrache le tronc de l'enfant & le décolle ; parce que le spectacle en est affligeant pour les assistans ; & qu'il est en général plus difficile d'extraire la tête séparée du corps, que lorsqu'elle y tient encore.

D. *Quelles sont les causes qui peuvent donner lieu à l'arrachement du corps de l'enfant ?*

R. La mauvaise conformation du bassin, le volume extraordinaire de la tête, sa

mauvaise position, & la putréfaction de l'enfant, sont les causes éloignées de cet accident; mais les efforts inconsidérés de l'Accoucheur en sont la seule cause déterminante.

D. *Comment peut-on reconnoître chacune de ces causes éloignées de la détroncation de l'enfant?*

R. On reconnoîtra la mauvaise conformation du bassin, en examinant cette partie, & en comparant ses dimensions à celles de la tête de l'enfant.

On jugera de la putréfaction de l'enfant par l'état du corps qui est au dehors; & de la mauvaise position de la tête, en introduisant un ou plusieurs doigts dans l'orifice de la matrice.

D. *Peut-on prévenir l'arrachement du tronc de l'enfant dans tous les cas dont il s'agit?*

R. On préviendra constamment cet événement, en prenant les précautions convenables.

On le préviendra dans le cas de mauvaise conformation du bassin, en appliquant le forceps à propos, quand les bras de l'enfant seront dégagés; ou bien en ouvrant le crâne, & en diminuant son volume, dès qu'on sera certain de la mort de l'enfant.

On préviendra l'arrachement du tronc, quand l'enfant sera très-putréfié, en com-

mettant l'expulsion de la tête aux efforts de la nature, si le col ne peut supporter ceux qu'il faudroit exercer pour l'extraire. Dans les autres cas enfin, en donnant une position favorable à la tête, avant de s'efforcer de la dégager.

D. *Que faut-il faire quand le corps de l'enfant a été arraché, & que la tête est retenue dans la matrice?*

R. Nous pensons qu'il convient d'extraire la tête aussi-tôt, si les parties de la femme ne sont pas fatiguées, tuméfiées, & trop douloureuses; mais la manière d'y procéder doit être différente, selon les circonstances.

D. *Au lieu d'extraire la tête, ne vaudroit-il pas mieux en abandonner l'expulsion aux efforts de la nature?*

R. On paroîtroit fondé, d'après quelques observations, à préférer ce dernier parti, puisque en pareilles circonstances, les efforts de la nature ont suffi plus d'une fois pour expulser la tête: à la vérité, dans tous ces cas, la tête étoit d'une grosseur ordinaire, relativement à la capacité du bassin de la femme. Mais la nature ne peut se suffire ainsi, quand la grosseur de la tête surpasse assez le diamètre du bassin, pour qu'elle n'ait pu traverser cette cavité avant d'être séparée du corps, malgré les violens efforts de

la femme & ceux de l'Accoucheur. Ce ne seroit qu'après un long séjour dans la matrice, & lorsque la tête seroit atteinte de la plus grande putréfaction, qu'elle pourroit alors être expulsée. Ce long séjour de la tête de l'enfant dans le sein de la femme, & sa putréfaction excessive, peuvent donner lieu à des grands accidens, qu'on préviendra sûrement en en faisant à propos l'extraction.

D. *Comment peut-on opérer l'extraction de la tête dans tous les cas?*

R. Quand la tête est d'une grosseur ordinaire, relativement à un bassin bien conformé, on peut l'extraire en tirant sur la mâchoire inférieure, au moyen de deux doigts portés dans la bouche de l'enfant, & en dirigeant la tête convenablement; tandis que la femme de son côté, poussera fortement en en bas.

La Sage-femme appellera un Accoucheur toutes les fois qu'elle ne pourra pas extraire la tête en se conduisant de cette manière; & cet Accoucheur emploiera d'autres moyens, si les circonstances l'exigent: il ouvrira la tête, pour en diminuer la grosseur, si elle est trop considérable; il se servira de crochets, ou du forceps, lorsqu'il le jugera convenable.

D. *Puisqu'on s'expose à arracher le tronc de l'enfant en tirant dessus, pour extraire la*

tête ; ne peut-on pas également, en d'autres circonſtances, arracher la tête, en s'efforçant d'extraire le tronc (a) ?

R. Oui : plus d'une fois on a arraché la tête de l'enfant en tirant deſſus, pour extraire le tronc, même en des cas où l'accouchement avoit paru devoir s'opérer aiſément.

D. *Quelles ſont les cauſes qui peuvent s'oppoſer aſſez fortement à la ſortie du tronc, après celle de la tête, pour donner lieu à cet accident ?*

R. Les obſtacles qui s'oppoſent auſſi puiſſamment à la ſortie du tronc, ne proviennent ſouvent que de la mauvaiſe poſition des épaules, ſoit à l'égard du détroit ſupérieur, ſoit à l'égard du détroit inférieur ; d'autres fois ils dépendent de quelques tumeurs volumineuſes ; de l'hydropiſie de poitrine, ou du bas-ventre ; ou de la conformation monſtrueuſe de l'enfant : ſa putréfaction peut également diſpoſer la tête à ſe ſéparer du corps.

D. *Que faut-il faire dans tous ces cas, pour ne point arracher la tête de l'enfant ?*

R. Quand l'obſtacle qui s'oppoſe à la ſortie du tronc ne dépend que de la mau-

(a) Nous parlerons ici de l'arrachement de la tête de l'enfant, ne pouvant en faire mention plus à propos dans un autre lieu.

vaise situation des épaules, on le surmonte aisément, en donnant à celles-ci une meilleure position, c'est-à-dire, en plaçant leur plus grande largeur selon le plus grand diamètre du bassin, avant de tirer sur la tête. Dans le cas de putréfaction excessive, on évitera de tirer sur la tête, & on abandonnera l'expulsion du tronc aux efforts de la nature. Mais il faudra ouvrir la poitrine & le bas-ventre, quand il y aura hydropisie; & quelquefois on sera obligé de démembrer l'enfant dont la conformation sera monstrueuse.

D. *Comment peut-on extraire le tronc de l'enfant, quand la tête en a été séparée?*

R. Dans bien des cas, on peut entraîner le tronc de l'enfant au moyen d'un doigt placé en manière de crochet, sous l'une & l'autre aisselles; & les efforts de la nature suffiroient pour l'expulser. Quelquefois on est obligé de se servir de crochets, ou bien de repousser les épaules pour aller prendre les pieds.

ARTICLE II.

Des Accouchemens dans lesquels l'enfant présente les genoux.

D. *Comment peut-on reconnoître que les genoux se présentent à l'orifice de la matrice?*

R. Il seroit aisé de le reconnoître, si les deux genoux se présentoient & s'engageoient en même temps, ce qui est excessivement rare; parce que ce sont les seules parties semblables qui peuvent ainsi se présenter & s'engager. Quand il n'y a qu'un genou, on peut le prendre pour un coude, comme on peut prendre celui-ci pour un genou.

Dans le premier cas, on trouve dans l'orifice de la matrice deux tumeurs assez rondes, & plus ou moins grosses, selon l'embonpoint & la force de l'enfant.

Dans le second cas, on n'en rencontre qu'une, & ce n'est qu'en avançant le doigt jusqu'aux pieds, ou jusqu'aux fesses, qu'on peut acquérir la certitude que c'est le genou.

D. *Dans combien de positions les genoux peuvent-ils se présenter?*

R. On ne doit faire attention à la position selon laquelle les genoux se présentent & s'engagent, que relativement

à celle du corps de l'enfant, qui peut être alors telle, que le dos réponde, 1°. au côté gauche de la femme, 2°. au côté droit, 3°. à la partie antérieure, 4°. à la partie postérieure de la matrice; comme dans les quatre positions des pieds.

D. *Que doit faire l'Accoucheur, quand il reconnoît que ce sont les genoux qui se présentent?*

R. Si les deux genoux s'engagent l'un à côté de l'autre, dès que les membranes seront ouvertes, on les laissera descendre, & on les dirigera seulement au moyen du doigt, de manière à ce qu'ils ne s'appuient & ne s'arrêtent pas contre quelques-uns des points de la surface interne du bassin.

Quand ils sont parvenus vers l'entrée du vagin, on les accrochera de l'index de l'une & l'autre mains, & on les dégagera complétement, pour achever l'accouchement, comme dans le cas où l'enfant présente les pieds.

S'il se présentoit de plus grandes difficultés, & si l'on ne pouvoit alors dégager les genoux au moyen des doigts, comme on vient de le recommander, on porteroit toute la main dans le vagin, & on repousseroit les genoux, pour prendre les pieds. On pourroit se servir d'un lacs ou ruban de fil, qu'on placeroit sur le pli du jarret, si l'on ne pouvoit pas repousser

les genoux sans de grands inconvéniens; ni les entraîner avec la main seule : ce qui n'arrivera peut-être jamais.

D. *Comment pourra-t-on placer ce ruban sur le jarret de l'enfant ?*

R. On choisit un ruban large d'un pouce, & long d'une aune ou environ, on le plie dans son milieu, & on le place sur le doigt en manière de chaperon. On introduit ce doigt chargé du ruban, sur le côté de l'un ou l'autre genou, en le recourbant sur le pli du jarret, jusqu'à ce qu'il soit parvenu de l'autre côté, & on le retire en laissant le ruban. On accroche ce dernier du côté opposé à celui par où on l'a fait pénétrer, & on le dégage de la moitié de sa longueur. On tire dessus les deux chefs de ce ruban, pour entraîner le genou, tandis qu'on s'efforce de dégager le second au moyen de l'index de l'autre main.

D. *Comment doit-on se conduire quand l'enfant ne présente qu'un seul genou (a) ?*

R. Si le genou descend librement & de manière que la partie inférieure du tronc s'engage à chaque douleur, on abandonnera l'accouchement à la nature, jusqu'à ce que les fesses paroissent; mais on dé-

(a) *Voyez* Planche XV. Cette Planche représente l'attitude de l'enfant dans le cas le plus ordinaire, où le genou s'engage dans l'orifice de la matrice.



gagera les pieds, lorsque les choses ne s'annonceront pas aussi favorablement. L'accouchement où l'enfant ne présente qu'un genou, ne diffère pas extrêmement de celui où il n'offre qu'un pied.

Quand le travail est compliqué d'accidens, on doit opérer l'accouchement. On n'attend pas alors que les genoux se soient engagés; on va les chercher en avançant une main dans le vagin, ou bien l'on dégage les pieds après avoir convenablement repoussé les genoux.

ARTICLE III.

De la manière d'opérer l'accouchement, quand l'enfant présente les fesses. Voyez *Planche XVI* (*a*).

SECTION PREMIÈRE.

D. COMMENT *doit-on considérer l'accouchement où l'enfant présente les fesses à l'orifice de la matrice?*

R. Cet accouchement, comme celui où

(*a*) Cette Planche fait connoître l'attitude de l'enfant, lorsqu'il présente les fesses à l'orifice de la matrice.

l'enfant présente les pieds, peut être naturel, ou contre nature, selon que l'enfant sera plus ou moins volumineux, & que le travail sera compliqué, ou non compliqué d'accidens. Après avoir reconnu que ce sont les fesses qui se présentent, on fera donc ensorte de s'assurer, par l'étendue qu'elles offrent au doigt, quelle peut être la grosseur de l'enfant, relativement à la capacité du bassin de la mère; afin de prendre le parti le plus convenable.

Lorsque l'enfant est petit, on abandonnera l'accouchement à la nature, jusqu'à ce que les fesses soient au dehors, même jusqu'à ce que les pieds se soient dégagés, pour aider la femme, comme dans le cas où les pieds se sont présentés primitivement.

Si les fesses éprouvent quelques difficultés à franchir le détroit inférieur & la vulve, on les accrochera de l'index d'une main, recourbé en manière de crochet, sur le pli de l'aîne, & on s'efforcera de les entraîner, en tirant à soi pendant les efforts qu'exercera la femme. Si l'on ne se sert que d'un doigt dans ce moment, on observera de le porter sur la hanche de l'enfant qui répond au sacrum de la femme; les fesses s'engageant presque toujours de manière qu'une des hanches regarde cet os, & l'autre le pubis. L'on peut se servir

de l'index de l'une & l'autre mains, & accrocher l'une & l'autre hanches, quand les fesses se sont engagées dans la troisième ou la quatrième position.

Quand les fesses sont assez avancées au dehors, on les saisit convenablement au moyen des deux mains garnies de linge, & on tire légérement, pour aider la nature à opérer la sortie du reste du corps. On ne cherche pas à dégager les pieds dans tous ces cas.

On observera de plus, à l'occasion des troisième & quatrième positions des fesses, de détourner le dos ou la poitrine de l'enfant de dessous la symphise du pubis, comme on l'a recommandé en traitant des troisième & quatrième positions des pieds.

D. *Que faut-il faire quand l'enfant est assez gros pour que les fesses ne puissent s'engager que très-difficilement ; ainsi que dans le cas où il existe des accidens?*

R. Ne pouvant abandonner l'accouchement aux soins de la nature, dans tous ces cas, sans exposer la mère ou l'enfant, & quelquefois tous les deux, l'on opérera dès que les parties de la femme seront bien préparées, ou que la force des accidens l'exigeront.

On ira chercher les pieds de l'enfant, toutes les fois que les fesses seront assez peu engagées, pour qu'on puisse les refouler & les écarter du détroit supérieur.

On peut les repouſſer, quoiqu'elles occupent le fond du baſſin, pourvu qu'elles n'aient pas encore franchi l'orifice de la matrice juſqu'à la hauteur des hanches. Si elles étoient ſorties de la matrice, ſi elles en avoient franchi l'orifice; ce qui arrive rarement, quand l'enfant eſt très-gros, il y auroit des grands inconvéniens à les repouſſer, dans les vues d'aller prendre les pieds. Il faut alors dégager l'enfant dans la poſition où il eſt, & extraire les feſſes.

Quelques Accoucheurs ont propoſé, dans ce cas, de paſſer un lacs ou ruban ſur le pli des aînes, comme nous l'avons expoſé à l'occaſion des genoux; d'autres ont preſcrit de ſe ſervir du forceps; mais on emploiera plus utilement & plus aiſément des crochets mouſſes, tels, par exemple, que ceux qui terminent les branches du forceps courbe, auxquels on peut donner une forme & une courbure convenable. La Sage-femme doit appeller un Accoucheur dans tous ces cas difficiles.


Pl. XVI.
Pag. 402.

SECTION II.

De la manière de dégager les pieds de l'enfant, lorſqu'il préſente les feſſes.

D. COMMENT *doit-on ſe comporter pour dégager les pieds de l'enfant, quand les feſſes ſe préſentent ?*

R. On repouſſera d'abord les feſſes de l'enfant convenablement, en les dirigeant en même temps vers l'une ou l'autre des foſſes iliaques, ou bien au-deſſus du pubis, ſelon qu'elles ſeront placées de telle ou telle manière, relativement au baſſin, & on inſinuera la main en montant le long de la partie poſtérieure des cuiſſes & des jambes, juſqu'à ce qu'on ſoit parvenu aux pieds, de manière à pouvoir les entraîner en retirant cette main. Nous obſerverons que les pieds, dans ces ſortes de cas, ne ſont jamais fort éloignés du détroit ſupérieur ; & qu'ils s'en trouvent même d'autant plus près, que les feſſes ſe ſont moins engagées.

Quoique les pieds, le plus communément, ſoient aſſez près du détroit ſupérieur, il eſt bien important de remarquer qu'on ne peut toujours les aller prendre de la même main ; & qu'on doit introduire tantôt la main droite, & tantôt la

gauche, selon la position dans laquelle les fesses se présentent.

Nous ajouterons encore qu'il n'est pas de la plus grande nécessité, dans ces mêmes cas, de dégager les deux pieds ; qu'il suffit presque toujours d'en amener un, quand on est sûr de la bonne conformation du bassin de la femme ; parce que la seconde extrémité peut alors s'étendre aisément vers la poitrine de l'enfant.

D. *Indiquez donc les cas qui exigent qu'on introduise la main droite ou la gauche, de préférence.*

R. Lorsque les fesses seront placées de manière que le dos de l'enfant regardera le côté gauche du bassin de la femme, on introduira la main gauche en suivant le côté droit de la matrice ; parce que c'est là où se trouvent les pieds. En introduisant cette main, on repoussera les fesses sur la fosse iliaque gauche de la femme ; & on le fera de nouveau, quand on aura dégagé les pieds, si l'on éprouve quelques difficultés à les amener au dehors.

On opérera de la main droite, & on l'insinuera vers le côté gauche de la matrice, toutes les fois que la position des fesses sera telle, que le dos de l'enfant regardera le côté droit de ce viscère ; & en avançant cette main, on repoussera les fesses sur la fosse iliaque droite.

On introduira la main droite ou la main

gauche, à son choix, en suivant la partie postérieure de la matrice & le derrière des cuisses de l'enfant, quand les fesses se présenteront dans la troisième position. On repoussera les fesses au-dessus du pubis de la femme, en avançant la main; & après avoir dégagé les pieds, on aura soin de détourner le dos de l'enfant de dessous la symphise du pubis, comme on l'a recommandé pour la troisième position des pieds.

On sera libre également d'opérer de la main droite ou de la main gauche, quand les fesses se présenteront dans la quatrième position : lorsqu'on opérera de la main droite, il faudra refouler les fesses en les portant vers la fosse iliaque droite, &, s'il est possible, en leur faisant décrire un mouvement de rotation qui tende à tourner le dos entiérement vers cette fosse iliaque. Après cela, on dirigera les doigts le plus qu'on le pourra, sous la partie antérieure de la matrice, en suivant une des cuisses & des jambes de l'enfant, jusqu'à ce que l'on puisse accrocher les pieds de manière à les entraîner. On rendra ce procédé un peu plus facile, en inclinant le fond de la matrice vers le côté gauche de la femme, tandis qu'on avancera la main pour prendre les pieds.

On observera de tourner la poitrine de l'enfant vers l'une des symphises sacro-

iliaques, à mesure que le tronc se dégagera, comme on l'a prescrit à l'occasion de la quatrième position des pieds.

CHAPITRE III.

Des accouchemens où l'enfant présente le sommet de la tête, la face, la poitrine, & le bas-ventre.

ARTICLE PREMIER.

Des accouchemens où le sommet de la tête se présente.

SECTION PREMIÈRE.

D. QUELLES *sont les causes qui peuvent rendre l'accouchement difficile, quand l'enfant présente le sommet de la tête?*

R. Les obstacles qui s'opposent quelquefois à l'accouchement, quand l'enfant paroît se présenter aussi favorablement, dépendent de la position même du sommet de la tête, tant à l'égard du détroit supérieur que du détroit inférieur; d'autres fois ces obstacles proviennent de ce qu'une des mains de l'enfant, même l'un des pieds, se sont engagés au-dessous de la

tête ; de ce que le baſſin eſt trop étroit, ou la tête beaucoup plus groſſe que de coutume ; ce ſont enfin les accidens qui ſe déclarent dans le cours du travail, qui nous obligent d'opérer l'accouchement.

D. *Quels ſont les cas où la poſition du ſommet de la tête pourra rendre l'accouchement difficile ?*

R. L'accouchement pourra devenir difficile à l'occaſion de la poſition même de la tête, ſi le baſſin de la femme eſt un peu reſſerré, toutes les fois que l'occiput ſe préſentera primitivement au-deſſus de la ſymphiſe du pubis, ou vis-à-vis la ſaillie du ſacrum ; parce que ce ſera alors le plus grand diamètre de la tête qui ſe trouvera dans la direction du plus petit diamètre du détroit ſupérieur.

L'accouchement pourra devenir également difficile, lorſque l'occiput regardera l'une des tubéroſités iſchiatiques dans le dernier temps du travail, & ne pourra s'en éloigner, en ſe portant ſous l'arcade du pubis, ou vers la courbure du ſacrum. L'expérience nous apprend auſſi que l'accouchement, quelquefois ne devient laborieux, que parce que la face de l'enfant s'eſt tournée ſous le pubis, après que la tête a traverſé le détroit ſupérieur ; enfin, qu'il ne devient tel, que parce que la tête s'eſt engagée en ſe renverſant ſur le dos de l'enfant, comme on le voit

exprimé sur la Planche X, & comme on l'a décrit, *page* 180 *& suiv.*

D. *Comment peut-on surmonter les obstacles qui proviennent de toutes ces positions vicieuses de la tête?*

R. Dans le premier cas, il faudra détourner l'occiput de dessus le pubis, ou de devant la saillie du sacrum, si le bassin est assez resserré pour que la tête ne puisse pas s'engager dans la position où elle se présente.

Dans le second, on écartera l'occiput de la tubérosité ischiatique, & on le ramenera sous le pubis (*a*).

Dans le troisième, où la face de l'enfant s'est tournée sous le pubis, si la femme ne peut accoucher seule, on la délivrera au moyen du forceps.

Quant à ce qui regarde le quatrième cas, nous avons déjà dit qu'on pouvoit empêcher la tête de s'engager en se renversant sur le dos, & de venir présenter le front; qu'on pouvoit de même corriger cette position désavantageuse, & en pro-

(*a*) Il faut observer ici que la tête de l'enfant ne peut traverser le détroit inférieur que dans la position où l'occiput répond un peu à l'un des côtés du bassin, lorsque le sacrum est applati dans toute sa longueur, & que l'excavation du bassin est très-étroite de devant en arrière; mais ce cas d'exception est très-rare.

curer une meilleure, en repouſſant le front, & en abaiſſant l'occiput. *Voyez* page 182.

D. *Peut-on changer la mauvaiſe poſition de la tête avec la main ſeule, dans tous ces cas?*

R. Non : ſi la main ſeule & bien dirigée, ſuffit le plus ſouvent, quelquefois il eſt néceſſaire d'employer le levier ou le forceps. La Sage-femme doit appeller un Accoucheur dans ces derniers cas.

D. *Que faut-il faire quand une des mains de l'enfant ſe préſente & s'engage en même temps que la tête?*

R. On voit naître beaucoup d'enfans qui ſe préſentent ainſi; parce que la ſortie de la main ne ſauroit toujours détourner la tête de ſa bonne poſition, ni s'oppoſer à ſon paſſage à travers le baſſin : cette cavité étant plus grande qu'il ne le faut abſolument pour l'accouchement, chez la plupart des femmes.

Si la tête s'engage librement, malgré la préſence de la main de l'enfant, on la laiſſera venir, & l'on ne fera rien ; mais on repouſſera la main, ſi la tête deſcend difficilement.

D. *Comment doit-on repouſſer la main de l'enfant, dans ce cas?*

R. On trouve peu de difficulté, pour l'ordinaire, à la faire remonter au-deſſus de la tête, ſur-tout en y procédant à

l'inftant de la douleur même, & des efforts que fait la femme. Il fuffit d'appuyer, en pouffant du bout de deux doigts, fur le dos de cette main : elle difparoît, & la tête s'avance.

D. *Eft-il toujours poffible de faire remonter ainfi la main de l'enfant, quand la tête s'eft engagée dans le fond du baffin?*

R. Non : il y a même des cas où il y auroit des inconvéniens à la repouffer, & d'autres où la chofe feroit impoffible. Quand la tête eft auffi baffe, il faut feulement détourner la main de l'enfant, des côtés du baffin, & la pouffer en arrière vers l'une des échancrures ifchiatiques; pour qu'elle ne fe trouve pas dans le trajet du petit diamètre du détroit inférieur.

Si l'on ne pouvoit déplacer la main de cette manière, ni la faire remonter, dans le cas où elle s'oppofe fortement à la fortie de la tête, il faudroit terminer l'accouchement au moyen du forceps (*a*).

D. *Que doit-on faire quand l'un des pieds de l'enfant s'eft engagé au-deffous de la tête, & s'oppofe à fa fortie?*

R. Il eft extrêmement rare qu'un des pieds de l'enfant s'engage au-deffous de la tête, & plus rare encore d'y trouver les deux pieds, & que l'accouchement en

---

(*a*) Nous avons retiré deux fois les plus grands avantages du forceps dans des cas femblables.

devienne impoſſible ſans les ſecours de l'Art. Quand les choſes ſe préſentent ainſi, il faut repouſſer le pied au-deſſus de la tête : on y rencontre moins de difficulté que pour la main (*a*).

D. *Quels ſont les obſtacles qui dépendent de la groſſeur exceſſive de la tête de l'enfant, ou de l'étroiteſſe du baſſin de la mère ?*

R. Ces obſtacles ſont différens, ſelon que l'excédent de la groſſeur de la tête de l'enfant ſur le baſſin de la femme, eſt plus ou moins grand. Quelquefois l'accouchement n'en devient qu'un peu plus long & plus difficile ; d'autres fois on ne peut ſurmonter les obſtacles qui en réſultent, qu'au moyen des inſtrumens, tels que le forceps & les crochets ; enfin, on eſt obligé de recourir à l'opération céſarienne.

D. *Peut-on aiſément juger de la groſſeur de la tête de l'enfant, reſpectivement à la largeur du baſſin de la femme ?*

R. Il n'eſt pas facile d'établir ce rapport, quoiqu'on meſure avec aſſez d'exactitude le diamètre du baſſin, qui va du pubis au haut du ſacrum, parce qu'on ne peut meſurer de même celui de la tête.

On juge que la tête eſt plus groſſe que

(*a*) Nous n'avons trouvé qu'une ſeule fois les pieds de l'enfant au-deſſous de la tête : à peine les eûmes-nous repouſſés, que l'accouchement ſe termina.

de coutume, d'après sa solidité, l'étroitesse de ses sutures & de ses fontanelles (*a*); & à coup sûr, elle est trop grosse relativement au bassin, quand elle ne peut s'y engager, malgré les efforts multipliés de la femme; étant d'ailleurs dans une bonne position.

D. *L'accouchement est-il constamment difficile, toutes les fois que le bassin de la femme est resserré au-delà de certaines bornes?*

R. Non; il y a d'heureuses exceptions à cet égard. On a vu des femmes se délivrer seules, & sans beaucoup de difficultés, quoique leur bassin n'eût que trois pouces moins un quart, même deux pouces & demi de petit diamètre, mesuré du pubis au sacrum. Mais si la tête de l'enfant étoit alors à-peu-près d'une grosseur naturelle, on a remarqué qu'elle se trouvoit assez souple & assez molle pour s'alonger & s'accommoder à la forme du détroit resserré.

Quelle que soit la largeur que conserve un bassin mal conformé, l'Accoucheur ne doit rien entreprendre, s'il apperçoit que la tête de l'enfant s'engage un peu à chaque douleur, après l'écoulement des eaux de l'amnios.

(*a*) On excepte ici le cas d'hydrocéphale; parce que la tête est alors plus molle, & que les sutures sont plus larges, ainsi que les fontanelles.

D. *Qu'entendez-vous par enclavement de la tête?*

R. On doit entendre par enclavement, l'état dans lequel la tête de l'enfant, engagée dans le baſſin, y eſt tellement ſerrée, que les efforts de la femme ne ſauroient la pouſſer plus en avant : quelques Auteurs ajoutent à cette définition, qu'il eſt également impoſſible de repouſſer la tête avec la main ſeule, lorſqu'elle eſt enclavée. Mais l'opinion de ces Auteurs n'eſt nullement appuyée de l'obſervation ; & la raiſon ſeule fait connoître qu'elle eſt erronée, parce qu'il n'y a pas de cas où l'on ne puiſſe repouſſer la tête qui eſt enclavée.

D. *De quelle manière la tête de l'enfant doit-elle ſe préſenter pour s'enclaver?*

R. Elle peut s'enclaver dans toutes les poſitions poſſibles ; dans celles où ſa longueur répond au petit diamètre du détroit ſupérieur, comme dans celles où l'une des oreilles regarde le pubis, & l'autre le ſacrum. Mais la poſition ſelon laquelle elle s'enclave le plus communément, eſt celle où l'occiput répond à la ſymphiſe du pubis.

La tête de l'enfant ne peut s'enclaver qu'autant qu'elle eſt ſolide, & que le baſſin de la femme eſt un peu reſſerré, relativement à ſa groſſeur.

D. *Une tête enclavée eſt-elle également preſſée de toutes parts dans le baſſin?*

R. Si la raiſon nous fait appercevoir quelques cas où la tête enclavée pourroit être également comprimée de toutes parts, l'obſervation ne préſente pas encore d'exemples d'enclavement de cette eſpèce. Une tête enclavée ne touche fortement au baſſin, que par deux régions de ſa ſurface; ſoit par l'occiput & le front, ſoit par ſes côtés; ſelon la manière dont elle s'eſt engagée, & la forme du baſſin même. Preſque toujours c'eſt au pubis & au ſacrum que la tête touche avec ce degré de force.

D. *Quelles ſont les cauſes de l'enclavement?*

R. La groſſeur, la ſolidité, la mauvaiſe poſition de la tête de l'enfant, ainſi que l'étroiteſſe du baſſin de la femme, ſont autant de cauſes éloignées de l'enclavement; mais les efforts multipliés, & longtemps ſoutenus de l'accouchement, peuvent ſeuls y donner lieu.

D. *A quels ſignes reconnoîtra-t-on que la tête eſt enclavée?*

R. Une tête enclavée ne peut avancer, quels que ſoient les efforts de la femme; elle eſt immobile dans ce ſens. Preſſée contre les parois du baſſin, en deux endroits diamétralement oppoſés, elle agit avec la même force ſur les parties molles qui tapiſſent cette cavité, & y détermine un gonflement douloureux, qui ſe propage juſqu'aux parties extérieures, quand l'encla-

vement dure long-temps. Les tégumens du crâne ſe tuméfient de même, & forment à la ſuite une tumeur plus ou moins remarquable, douée d'une ſorte d'élaſticité.

Ainſi l'immobilité de la tête, le gonflement des tégumens du crâne, la tuméfaction des parties de la femme, telles que du col de la matrice, du canal de l'urètre, &c. ſont les ſignes de l'enclavement : mais il faut obſerver que chacun de ces ſignes peut dépendre d'une autre cauſe que de l'enclavement. La tête, placée d'une manière défavorable à l'égard du détroit inférieur, ceſſe d'avancer, & elle n'en eſt pas pour cela enclavée ; parce qu'elle ne touche avec force par aucun de ſes côtés à la ſurface intérieure du baſſin.

La tuméfaction des tégumens du crâne ſurvient dans ce cas, comme dans celui d'enclavement ; elle a lieu ſouvent, quoique la tête ne puiſſe abſolument pas s'engager dans le détroit ſupérieur, loin de s'enclaver ; & bien plus ſouvent encore, cette tuméfaction ne dépend que de la réſiſtance du col de la matrice, ou des parties extérieures de la femme. Elle ſe remarque fréquemment, & l'enclavement eſt très-rare.

Le gonflement douloureux des parties de la femme peut être la ſuite d'une diſpoſition étrangère à l'enclavement ; il

peut d'ailleurs dépendre des fréquens attouchemens de l'Accoucheur.

D. *L'enclavement, tel que vous le concevez, est-il un accident fâcheux ?*

R. Il le devient on ne peut plus, tant pour la mère que pour l'enfant, s'il subsiste long-temps. La tête ne peut être serrée, comme on l'a remarqué dans l'enclavement, qu'elle ne s'engorge de toutes parts intérieurement, & que l'enfant ne périsse dans un état d'apoplexie. La femme ne pouvant se délivrer, s'abandonne à des efforts inutiles, qui échauffent le sang, le disposent à s'enflammer, & le refoulent en quelque sorte vers la poitrine & le cerveau. Les urines ne peuvent s'évacuer, & le besoin de les rendre excite de nouveaux efforts. Les parties fortement comprimées, & quelquefois contuses par la tête de l'enfant, s'enflamment, suppurent après l'accouchement, & se gangrènent même : ce qui produit d'autres incommodités, dont quelques-unes peuvent être incurables.

D. *Que faut-il faire quand la tête de l'enfant est enclavée ?*

R. Il faut au plutôt terminer l'accouchement, & s'occuper ensuite des accidens auxquels l'enclavement aura donné lieu.

On procède alors à l'accouchement de différentes manières, selon l'état de l'en-

fant & celui des parties de la femme. Il n'eſt pas impoſſible de repouſſer la tête, & d'aller prendre les pieds; mais on y rencontrera d'autant plus de difficultés, & le danger ſera d'autant plus grand, qu'il y aura plus de temps que les eaux de l'amnios ſeront évacuées, & que la tête de l'enfant ſera plus engagée & plus ſerrée. On ne doit prendre ce parti, que quand on ne pourra pas faire mieux. Le forceps mérite la préférence, & la Sage-femme doit au plutôt appeller quelqu'un qui ſoit en état de l'appliquer.

Si l'on étoit certain de la mort de l'enfant, dans le cas d'enclavement, comme dans celui où la tête ne peut s'engager ou ſortir, à cauſe de l'étroiteſſe du baſſin, il faudroit ſe ſervir de crochets pour terminer l'accouchement. Mais nous obſerverons qu'il ne faut recourir à ces inſtrumens qu'avec beaucoup de circonſpection. Ceux qui les appliquent ſouvent, courent à chaque inſtant, les riſques de devenir homicides; tant ces inſtrumens ſont meurtriers, & tant il eſt difficile d'acquérir la preuve de la mort de l'enfant avant de les employer.

D. *Quels ſont les ſignes de la mort de l'enfant?*

R. Il eſt extrêmement difficile de reconnoître ſi l'enfant eſt vivant ou mort, lorſque ſon état ne devient douteux que

dans le cours du travail de l'accouchement, & quand la femme aſſure que ce n'eſt que depuis quelques inſtans, depuis quelques heures même, qu'elle ne l'a pas ſenti remuer.

Quand la tête s'engage difficilement, les tégumens du crâne ſe gonflent, ſi l'enfant eſt vivant, & forment à travers l'orifice de la matrice, une tumeur un peu élaſtique, qui devient flaſque après la mort de cet enfant. Mais l'abſence de cette tumeur, ou la flaccidité qui peut y ſurvenir dans la ſuite, ne prouvent pas toujours d'une manière aſſez certaine que l'enfant ſoit mort, pour ſe croire bien fondé à recourir aux crochets.

L'abſence des battemens, que quelques-uns ſuppoſent à la fontanelle antérieure, n'eſt pas un ſigne plus certain de la mort de l'enfant.

La putréfaction de la portion de tégumens du crâne, qui ſe préſente à l'orifice de la matrice, la fétidité qu'exhale le doigt qui a ſervi à toucher ces tégumens; la fétidité des humeurs qui découlent du vagin, la couleur verdâtre des eaux de l'amnios, le méconium qu'elles entraînent, la ceſſation des mouvemens de l'enfant, n'importe depuis quel temps, ne dénotent pas d'une manière plus infaillible la mort de cet enfant.

L'abſence des pulſations du cordon

ombilical depuis quelques instans, laisseroit moins de doute sur cet état; mais l'on ne peut toujours toucher le cordon.

La même incertitude ne peut avoir lieu, quand l'enfant est mort depuis longtemps; sa putréfaction est alors très-avancée, la tête est molle, & les os en sont comme vacillans; les tégumens qui la recouvrent sont flasques, & comme détachés; ils se déchirent sous le doigt, ou l'épiderme s'en détache par-tout. Ces signes, qui ne sont que l'effet de la putréfaction, se développent lentement après la mort; & il y auroit des inconvéniens à les attendre dans le cas d'enclavement, pour se décider en faveur des crochets, plutôt que des autres moyens d'opérer l'accouchement. Les crochets, propres à démembrer la tête, doivent donc être la dernière ressource de l'Accoucheur.

D. *Quels sont les moyens qu'on doit employer pour terminer l'accouchement, quand il survient de grands accidens pendant le travail?*

R. On ira prendre les pieds de l'enfant, & on le retournera toutes les fois que la tête sera assez peu avancée pour qu'on puisse la repousser jusqu'au-dessus du détroit supérieur. On peut la repousser, quelle que soit la profondeur à laquelle elle se trouve engagée, pourvu qu'elle

n'ait pas encore traverſé l'orifice de la matrice; mais on ne doit plus le tenter, quand elle a franchi cet orifice, quand elle eſt ſortie de la matrice même, & qu'elle occupe le canal du vagin : il faut alors opérer l'accouchement avec le forceps, s'il ne peut ſe faire naturellement.

L'Accoucheur inſtruit dans l'art d'employer cet inſtrument, lui donnera la préférence, toutes les fois que la tête de l'enfant, quoique recouverte du col de la matrice, fera parvenue au fond du baſſin; parce que l'application en eſt plus aiſée, moins douloureuſe, & ſujette à moins d'inconvéniens, que l'opération qui conſiſte à retourner l'enfant & à l'extraire par les pieds. Ce n'eſt que dans un cas preſſant, & lorſqu'on ne peut ſe procurer quelqu'un pour appliquer le forceps, que la Sage-femme doit retourner l'enfant à l'occaſion des accidens énoncés, quand la tête ſe trouve autant engagée.

Pour expoſer plus clairement la manière de retourner l'enfant, dans tous les cas où le ſommet de la tête ſe préſente, nous le conſidérerons dans quatre poſitions différentes : 1°. dans celle où l'occiput répond au côté gauche du baſſin, & la face au côté droit; 2°. dans la poſition où l'occiput regarde le côté droit, & la face le côté gauche; 3°. dans celle où l'occiput ré-

pond au pubis, & la face au facrum; 4°. dans celle enfin où la face eſt tournée vers le pubis, & l'occiput vers le ſacrum.

SECTION II.

De la manière de retourner l'enfant, quand le ſommet de la tête ſe préſente à l'orifice de la matrice.

D. COMMENT *doit-on ſe comporter pour retourner l'enfant dans la première poſition du ſommet de la tête?* Voyez *Planche* VIII.

R. Nous commencerons par faire remarquer qu'il eſt alors tellement néceſſaire d'opérer de la main gauche, quand les eaux de l'amnios ſont évacuées depuis long-temps, la matrice étant fortement contractée ſur l'enfant, que le ſuccès peut dépendre uniquement de cette précaution.

En introduiſant cette main avec ſoin, on repouſſera la tête de l'enfant juſqu'au-deſſus du détroit ſupérieur, & vers le devant de la foſſe iliaque gauche. On dirigera la main enſuite ſur le front & le côté gauche de la tête, pour gagner l'épaule, delà le côté proprement dit & la hanche de l'enfant, en ſuivant la partie poſtérieure & latérale droite de la matrice. Lorſque les doigts ſeront parvenus

à cette hauteur, on gagnera le pied, en paſſant ſur la cuiſſe & la jambe; on l'accrochera de l'index & du doigt du milieu, & on l'entraînera juſques dans le vagin, ou à la vulve même, ſi on le juge à propos. On reportera la main dans la matrice, en ſuivant l'extrémité qu'on aura dégagée, juſqu'à la hauteur du ſecond pied, ſur lequel on recourbera quelques doigts; pour l'entraîner comme le premier (*a*).

Ayant dégagé l'un & l'autre juſques dans le vagin, ſoit en les entraînant enſemble, ou ſucceſſivement, on les empoignera de manière à les amener au dehors. Si l'on trouvoit quelques difficultés à les faire deſcendre à ce point, il faudroit, ſans les quitter, repouſſer la tête de l'enfant de nouveau, en la dirigeant vers le haut de la foſſe iliaque gauche; parce que ces difficultés dépendent tou-

---

(*a*) Nous obſerverons qu'il y a des cas où l'on peut entraîner les deux pieds en même temps, & dans leſquels on ne doit pas les aller prendre ſucceſſivement; mais ces cas ne peuvent ſe reconnoître que dans le moment même où l'on opère.

Il y a d'autres cas où l'on peut ſe borner à un ſeul pied; parce qu'il y a peu de difficulté à ſurmonter: c'eſt ſur-tout quand les eaux de l'amnios ne font que de s'écouler, & lorſque le baſſin de la femme eſt bien conformé. Nous indiquerons dans le cours de l'Ouvrage les cas où il convient abſolument de dégager les deux pieds.

jours de ce qu'elle s'est rapprochée du détroit supérieur, & s'en trouve trop près, pour permettre aux fesses de s'y engager. Ces mêmes difficultés se manifestent souvent, quoique les pieds de l'enfant paroissent au dehors, & elles exigent encore qu'on repousse la tête (*a*). Pour la repousser alors plus sûrement & plus commodément, on peut appliquer un lacs sur l'un ou l'autre pied, & tirer dessus d'une main, tandis que de l'autre, introduite dans le vagin, on éloignera la tête. Le lacs est utile non-seulement dans ce cas, mais encore dans celui où l'on se propose d'aller chercher le second pied, après avoir amené le premier jusqu'à la vulve. On fixe le pied à ce moyen, & on l'empêche de rentrer à mesure qu'on introduit la main vers le second.

D. *Comment place-t-on ce ruban au pied de l'enfant?*

R. L'application en est facile, quand on peut dégager le pied jusqu'à la vulve. On prend un ruban de fil, long d'une aune ou à-peu-près; on le plie dans son milieu, & on en renverse l'anse sur les deux chefs, de manière à former une sorte de nœud coulant, dans lequel on

---

(*a*) La nécessité de repousser la tête est la même dans toutes les positions que nous décrirons.

passe le pouce, l'index & le doigt du milieu d'une main ; on saisit le pied avec ces mêmes doigts, & on pousse l'anneau dont ils sont chargés jusqu'au-dessus des malléoles.

On doit se rappeller ici qu'il ne faut tirer sur les pieds, & repousser la tête, que dans l'intervalle des douleurs, afin de retourner l'enfant plus facilement & plus sûrement ; & qu'on ne doit agir qu'à l'instant même de ces douleurs, pour extraire l'enfant, lorsque les fesses commenceront à paroître.

D. *Comment doit-on se comporter pour retourner l'enfant, dans la seconde position du sommet de la tête?*

R. Dans cette position, où l'occiput regarde le côté droit du bassin, & la face le côté gauche, on opérera de la main droite; & cette précaution devient alors d'autant plus importante, qu'il y a plus de temps que les eaux de l'amnios sont écoulées, lorsqu'on procède à l'accouchement.

On introduira cette main en suivant la partie postérieure & latérale gauche de la matrice, le long du côté droit de l'enfant qui y répond ; en commençant par repousser la tête, & la diriger sur le devant de la fosse iliaque droite. Quand les doigts seront parvenus à la hauteur de la hanche & sur la cuisse, on les conduira

vers le pied de ce côté, pour l'accrocher & l'entraîner en dégageant la main ; comme on l'a preſcrit pour la première poſition. On amenera ce pied dans le vagin, & juſqu'à la vulve même, ſi on le peut ; & on ira de ſuite chercher le ſecond, en reportant la main le long de la jambe & de la cuiſſe. Ayant dégagé les pieds, on aura égard à tout ce que l'on a preſcrit à l'occaſion de la première poſition, pour achever de terminer l'accouchement.

D. *Comment doit-on retourner l'enfant dans la troiſième poſition du ſommet de la tête?* (Voyez *Planche* IX).

R. Dans cette poſition aſſez rare, où l'occiput répond au pubis, & le front au ſacrum, on pourra ſe ſervir indiſtinctement de la main droite ou de la main gauche pour aller chercher les pieds de l'enfant.

Si l'on ſe ſert de la main droite, comme le feront ſans doute la plupart des Accoucheurs, on l'introduira de manière que le dos des doigts regarde le ſacrum : on repouſſera la tête au-deſſus du détroit ſupérieur, en la dirigeant en même temps ſur le bas de la foſſe iliaque droite, & en la tournant de façon que la face regarde le côté gauche du baſſin. On inſinuera cette main enſuite en montant le long de la partie poſtérieure de la matrice, & du côté droit de l'enfant, juſqu'à la hauteur de la hanche & de la cuiſſe ; pour accro-

cher le pied, & l'entraîner comme nous l'avons recommandé à l'occaſion de la ſeconde poſition. On ira chercher l'autre pied de même; & l'on ſe conduira, pour le reſte, comme dans les poſitions précédentes.

D. *Comment doit-on retourner l'enfant, lorſque le ſommet de la tête ſe préſente dans la quatrième poſition?* Voyez *Planche* XI.

R. L'Accoucheur qui ſe ſera ſuffiſamment exercé des deux mains, pourra ſe ſervir encore indiſtinctement de la droite ou de la gauche. S'il opère de la main droite, il l'inſinuera vers le côté gauche du baſſin, en repouſſant la tête ſur la foſſe iliaque droite, & en lui faiſant décrire, comme dans la troiſième poſition, un mouvement de rotation, tel que la face regarde la foſſe iliaque gauche. Il continuera d'avancer cette main en montant le long du côté droit de l'enfant, & de la partie poſtérieure & latérale gauche de la matrice, juſqu'à ce qu'elle ſoit parvenue aux pieds; qu'il dégagera enſemble ou ſucceſſivement, comme dans les poſitions précédentes.



ARTICLE II.

Des Accouchemens dans leſquels l'enfant préſente la face à l'orifice de la matrice (a).

SECTION PREMIÈRE.

Des ſignes qui caractériſent la face, & de ce qu'il convient de faire, en général, quand cette partie ſe préſente.

D. *A quels ſignes reconnoîtra-t-on que l'enfant préſente la face ?*

R. On trouve ſur l'orifice de la matrice une tumeur aſſez arrondie d'un côté, & plus inégale de l'autre. Quand le doigt peut parcourir toute l'étendue de cette région, on découvre une ſuture très-étroite, le bord des orbites, le nez, la bouche & le menton.

D. *De combien de manières la face de l'enfant peut-elle ſe préſenter ?*

R. Elle peut ſe préſenter dans quatre poſitions. Dans la première, le front répond au pubis, & le menton au ſacrum. Dans la ſeconde, le front eſt appuyé

(*a*) La Planche XVII fait connoître l'attitude où eſt l'enfant, toutes les fois qu'il préſente la face à l'orifice de la matrice.

contre le ſacrum, & le menton contre le pubis. Dans la troiſième, le front répond au côté gauche du baſſin, & le menton au côté droit. Dans la quatrième, le front eſt du côté droit, & le menton du côté gauche.

D. *Ces quatre poſitions ſe rencontrent-elles auſſi fréquemment les unes que les autres?*

R. Non : la troiſième & la quatrième ſont celles qui ſe remarquent preſque toujours; tandis que la première & la ſeconde ſe rencontrent on ne peut plus rarement.

D. *Comment doit-on conſidérer l'accouchement dans lequel l'enfant préſente la face à l'orifice de la matrice?*

R. L'accouchement ne peut alors ſe terminer naturellement, qu'autant que l'enfant eſt d'une groſſeur médiocre, & même petite, relativement à la capacité du baſſin de la femme; & malgré ces diſpoſitions favorables, il ne s'opère encore que difficilement: l'enfant vient alors avec la face tuméfiée, livide, & comme échimoſée. Quand il eſt plus gros, il court plus de danger, & la femme ne peut ſe délivrer ſeule, quel que ſoit le bon état de ſes forces.

D. *Que devons-nous faire quand l'enfant préſente la face?*

R. Il faut s'efforcer de ramener la tête à ſa bonne poſition, toutes les fois que la femme n'éprouvera pas d'accidens, que

ſon baſſin ſera bien conformé, & qu'elle aura aſſez de force pour ſe délivrer ſeule après ce changement de poſition ; mais on retournera l'enfant, & on l'amenera par les pieds, lorſque ces diſpoſitions favorables n'auront pas lieu. Il eſt auſſi des circonſtances où l'on ne peut ſe diſpenſer de faire uſage du levier, ou du forceps ; mais elles ſont extrêmement rares.

D. *Qu'entendez-vous par ramener la tête de l'enfant à ſa bonne poſition ?*

R. Nous entendons par bonne poſition, celle où le ſommet de la tête ſe préſente ; & c'eſt cette région que nous recommandons de ramener à l'orifice de la matrice, afin que l'accouchement puiſſe ſe faire enſuite naturellement.

D. *Dans quels cas doit-on ſe ſervir du levier, ou du forceps, pour opérer l'accouchement où l'enfant préſente la face ?*

R. On ne ſe ſervira de ces inſtrumens, que dans le cas où la tête de l'enfant ſera tellement engagée & ſerrée dans le baſſin, qu'on ne pourra ni la ramener à ſa bonne poſition, ni retourner librement l'enfant, pour le faire venir par les pieds. Ce cas exige un Accoucheur inſtruit.



SECTION II.

De la manière d'opérer l'accouchement où l'enfant présente la face.

D. COMMENT *doit-on procéder à l'accouchement, lorsque la face se présente dans la première position?*

R. Quoiqu'il soit alors extrêmement difficile de ramener la tête à sa bonne position, on tentera néanmoins de le faire, en repoussant le bas de la face jusqu'au-dessus de la saillie du sacrum, au moyen des doigts placés d'abord sur les parties latérales du nez & au-dessous des orbites, & ensuite sur le haut du front. Pendant qu'on relevera la face de cette manière, en avançant la main dans le vagin, de l'autre main placée extérieurement au-dessus du pubis de la femme; on appuiera avec plus ou moins de force, dans la vue de pousser le sommet de la tête vers l'entrée du bassin. Si l'on parvenoit à ramener cette région à l'orifice de la matrice, il faudroit encore détourner l'occiput de derrière la symphise du pubis, pour que la tête s'engageât plus facilement.

Quand on ne peut changer aussi avantageusement la position de la tête, il faut

retourner l'enfant, & l'amener par les pieds ; à moins que des circonſtances énoncées ci-devant, n'exigent de préférence l'application du levier ou du forceps.

D. *Comment doit-on ſe conduire pour retourner l'enfant, quand la face ſe préſente dans la première poſition ?*

R. On introduit la main droite, par exemple, vers la partie poſtérieure de la matrice, juſqu'à ce que le bout des doigts ſoit au-deſſus du menton de l'enfant. On écarte alors les doigts pour embraſſer la tête plus exactement, & pour la porter ſur la foſſe iliaque droite, en relevant la face, & en la tournant de manière qu'elle regarde le côté gauche du baſſin. Ayant ainſi déplacé la tête, on rapproche les doigts les uns des autres, & l'on continue d'inſinuer la main le long du côté droit de l'enfant & de la partie poſtérieure de la matrice, juſqu'à ce qu'on ſoit parvenu aux pieds, pour les dégager, & achever l'accouchement comme dans le cas où le ſommet de la tête ſe préſente.

D. *Comment doit-on opérer l'accouchement dans la ſeconde poſition de la face ?*

R. Dans cette poſition, où le menton de l'enfant répond au pubis de la femme, il eſt également difficile de repouſſer la face, & de ramener le ſommet de la tête dans une poſition favorable. On peut cependant y eſſayer ; mais on n'inſiſtera pas

ſur les tentatives qu'on fera à cet égard; & ſi l'on ne réuſſit pas dès les premières, on ira chercher les pieds. Au lieu de repouſſer la face en montant au-deſſus de la ſymphiſe du pubis, au moyen des doigts placés ſur les côtés du nez, comme on l'a preſcrit à l'occaſion de la première poſition, il faudra introduire toute la main vers la partie poſtérieure de la matrice, le long du ſommet de la tête, juſqu'à ce que l'on puiſſe accrocher l'occiput, l'entraîner au détroit ſupérieur, & le tourner en même temps vers l'un des côtés de ce détroit.

Lorſqu'on ne peut pas ramener la tête à ſa bonne poſition, & quand la femme éprouve des accidens, il faut retourner l'enfant. Si on ſe ſert de la main droite, on l'inſinuera vers le côté gauche du baſſin, au-deſſus duquel on repouſſera d'abord la tête, en la conduiſant ſur la foſſe iliaque droite. Après cela, on dirigera les doigts réunis le long du côté droit de l'enfant, pour parvenir aux pieds, & les dégager comme dans le cas précédent.

D. *Comment doit-on opérer l'accouchement, quand l'enfant préſente la face dans la troiſième poſition?* (Voyez *Planche* XVII).

R. Il eſt alors plus aiſé de ramener la tête à ſa bonne poſition, que dans les premiers cas; & l'on peut y procéder de deux manières, 1°. en repouſſant la face, 2°.

2°. en entraînant le ſommet de la tête même au détroit ſupérieur ; mais ce dernier procédé eſt le plus ſûr, & l'on ne tentera le premier que dans le cas où la tête ſera très-engagée. On introduira la main gauche alors vers le côté droit de l'orifice de la matrice, juſqu'à ce que l'on puiſſe placer l'index & le doigt du milieu ſur les côtés du nez, pour repouſſer le bas de la face, & ſucceſſivement le front, ſur le haut duquel on ramenera les doigts.

Au lieu de repouſſer la face de cette manière, ce qui ne réuſſit pas toujours, on pourra refouler la tête, ſi elle n'eſt pas fortement engagée & ſerrée, pour inſinuer la main droite vers le côté gauche du baſſin, en ſuivant le ſommet de la tête même, juſqu'à ce que l'on puiſſe recourber les doigts au-deſſus de l'occiput, pour l'entraîner en en bas, & forcer ainſi le menton à ſe relever du côté de la poitrine.

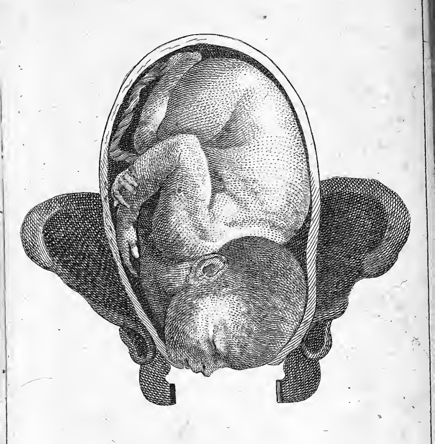
Lorſque les circonſtances exigent qu'on retourne l'enfant, ſoit parce qu'on n'a pu ramener la tête à ſa bonne poſition, ou par rapport à d'autres cauſes, on introduit la main gauche en repouſſant la tête au-deſſus du détroit ſupérieur, & vers la foſſe iliaque gauche ; on avance cette main le long de la partie poſtérieure & latérale droite de la matrice, & du côté gauche de l'enfant, juſqu'à la hauteur des pieds ; pour les dégager enſemble ou ſucceſſive-

ment, & terminer l'accouchement comme on l'a recommandé à l'occaſion de la première poſition du ſommet de la tête.

D. *Comment doit-on opérer l'accouchement où la face ſe préſente dans la quatrième poſition ?*

R. Lorſqu'on ne ſe propoſe que de ramener la tête à ſa bonne poſition, pour mettre la femme à même de ſe délivrer naturellement, on ſe comportera comme à l'égard de la troiſième poſition. On repouſſera la face au moyen de deux doigts de la main droite, placés d'abord ſur les côtés du nez, & enſuite ſur le haut du front, juſqu'à ce qu'on ait ramené le ſommet de la tête convenablement; ou bien, ce qui vaut mieux, on introduira la main gauche le long du ſommet de la tête même, & vers le côté droit du baſſin, juſqu'à ce qu'on puiſſe recourber les doigts au-deſſus de l'occiput, pour l'entraîner en en bas.

Quand il eſt néceſſaire de retourner l'enfant, on introduit la main droite, en repouſſant la tête, & en la dirigeant ſur la foſſe iliaque droite; on avance cette main le long du côté droit de l'enfant & de la partie poſtérieure & latérale gauche de la matrice, pour arriver aux pieds, & les dégager, comme on l'a preſcrit à l'occaſion de la ſeconde poſition du ſommet de la tête.



Chatti. del. Devisse. Sculp.

ARTICLE III.

Des accouchemens où l'enfant préſente le devant du col & la poitrine à l'orifice de la matrice (*a*).

SECTION PREMIÈRE.

Des ſignes & des différences de ces ſortes d'accouchemens.

D. *PEUT-ON aiſément reconnoître le devant du col de l'enfant, en touchant la femme?*

R. Il eſt toujours impoſſible de bien reconnoître cette région, ſi l'on ne touche la femme qu'au moyen d'un ſeul doigt, même après l'ouverture des membranes; & l'on ne peut en acquérir la connoiſſance, qu'en introduiſant toute la main: ce qui ne doit ſe faire qu'à l'inſtant même d'opérer l'accouchement. On reconnoît alors que c'eſt le devant du col, en ce que d'un côté on trouve la tête, le menton, &c. & de l'autre le haut de la poitrine.

D. *Eſt-il plus facile de bien reconnoître la poitrine, lorſqu'elle ſe préſente à l'orifice de la matrice?*

(*a*) La Planche XVIII fait connoître l'attitude où eſt l'enfant, quand il préſente la poitrine à l'orifice de la matrice.

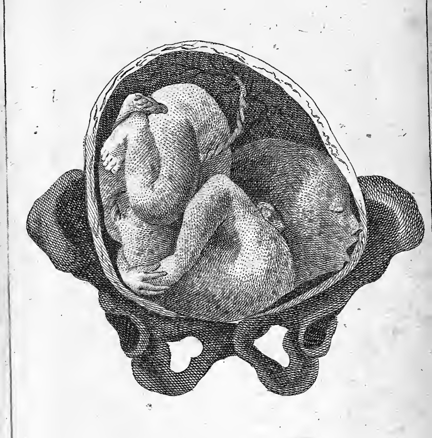
R. Oui ; & ſur-tout quand on en fait la recherche après l'écoulement des eaux de l'amnios ; parce que la poitrine eſt alors pouſſée en avant par les efforts de l'accouchement, & préſente naturellement une convexité qui lui permet de s'accommoder à la forme du détroit ſupérieur, & même de s'y engager un peu.

La poitrine préſente, au toucher, une tumeur auſſi large que le détroit même du baſſin, ſur laquelle on diſtingue le ſternum & les côtes. La poitrine de l'enfant ſe préſente aſſez rarement, & le devant du col bien plus rarement encore.

D. *De quelle manière ces régions peuvent-elles ſe préſenter au détroit ſupérieur ?*

R. Elles peuvent ſe préſenter de quatre manières : 1°. la longueur du col & de la poitrine peut être placée ſelon le diamètre qui va du pubis au ſacrum ; de ſorte que la tête ſe trouve tantôt au-deſſus du pubis même, & tantôt au-deſſus du ſacrum : ce qui conſtitue deux poſitions différentes. 2°. Ces régions peuvent ſe préſenter tranſverſalement au détroit ſupérieur, la tête étant appuyée tantôt ſur l'une, & tantôt ſur l'autre foſſe iliaque ; ce qui conſtitue encore deux autres poſitions : ce ſont les plus ordinaires.

D. *L'accouchement peut-il s'opérer naturellement, quand l'enfant préſente le devant du col ou la poitrine ?*



Challi. del Devisse Sculp.

R. Non : ſi ce n'eſt dans un cas d'avortement ou d'accouchement très-prématuré ; parce que l'enfant eſt alors ſinguliérement petit, relativement à la capacité du baſſin. Mais l'accouchement à terme eſt toujours impoſſible ſans les ſecours de l'Art ; il faut retourner l'enfant, & l'amener par les pieds. Plus on s'éloigne alors de l'inſtant où les eaux de l'amnios ſe ſont évacuées, plus le danger s'augmente pour l'enfant, & plus on éprouve de difficultés à le retourner. Il eſt donc bien important de profiter de ce moment pour opérer.

SECTION II.

De la manière d'opérer les accouchemens où l'enfant préſente le devant du col & la poitrine.

D. *COMMENT doit-on procéder à l'accouchement dans la poſition du col & de la poitrine, où la tête eſt au-deſſus du pubis?*

R. On introduira la main droite (*a*) à plat, les doigts étant bien rapprochés, le long de la poitrine. A meſure qu'on avancera, on dirigera les doigts un tant ſoit peu ſur le côté droit de l'enfant, qui

(*a*) Comme il eſt indifférent d'opérer de l'une ou l'autre main, dans cette poſition, ainſi que dans la ſuivante, nous ſuppoſons qu'on ſe ſervira préférablement de la main droite.

répond alors au côté droit de la matrice, & on gagnera de cette manière la hanche & la cuiſſe, pour arriver au pied. On entraînera ce pied, en le faiſant deſcendre ſur la poitrine, juſqu'à l'entrée de la matrice ou du vagin, & on ira chercher le ſecond, ſi l'on n'a pu le dégager en même temps. Les deux pieds étant dehors, on terminera l'accouchement comme dans les cas précédens.

D. *Comment doit-on procéder à l'accouchement dans la poſition du col & de la poitrine, où la tête eſt au-deſſus du ſacrum?*

R. Il eſt plus difficile de dégager les pieds, quand l'enfant ſe préſente ainſi, que dans la poſition précédente; & pour y parvenir le plus facilement & le plus ſûrement qu'il eſt alors poſſible, on introduira la main droite de préférence. On l'inſinuera vers le côté gauche de la matrice, & on pouſſera la tête de l'enfant, autant qu'on le pourra, vers la foſſe iliaque droite; tandis que de l'autre main appliquée extérieurement ſur le ventre de la femme, on inclinera légérement la matrice vers le côté gauche. Après cela, on continuera d'avancer la main le long du côté droit de l'enfant, & comme en montant au-deſſus du pubis de la mère, juſqu'à ce que l'on puiſſe atteindre les pieds, & les entraîner, ſoit enſemble ou ſucceſſivement. Les pieds étant dégagés, on ſe com-

portera, pour le reſte, comme dans le premier cas.

D. *Comment doit-on opérer l'accouchement dans la poſition du col & de la poitrine, où la tête de l'enfant eſt appuyée ſur la foſſe iliaque gauche?*

R. Cette poſition eſt telle, qu'on éprouve bien moins de difficulté à dégager les pieds que dans les deux précédentes; mais il faut néceſſairement opérer de la main gauche. On introduira cette main au-deſſous de l'enfant, en ſuivant d'abord la partie poſtérieure & latérale droite de la matrice, en dirigeant les doigts le long du côté gauche de l'enfant, juſqu'à la hanche & la cuiſſe, pour accrocher le pied & l'entraîner en le faiſant deſcendre ſur la poitrine. On ira chercher le ſecond pied de même, ſi l'on n'a pu le dégager en même temps que le premier, & l'on terminera l'accouchement comme on l'a recommandé pour la troiſième poſition de la face.

D. *Comment doit-on opérer l'accouchement dans la poſition du col & de la poitrine, où la tête eſt appuyée ſur la foſſe iliaque droite?*

R. Pour parvenir ſûrement & aiſément au but qu'on ſe propoſe alors, il eſt important de ſe ſervir de la main droite. On l'inſinuera d'abord au-deſſous de l'enfant, en dirigeant les doigts le long de ſon côté, & en montant vers la partie poſtérieure

de la foſſe iliaque gauche de la femme, juſqu'à ce que l'on ſoit parvenu à la hanche, à la cuiſſe & au pied. On entraînera ce pied, comme dans le cas précédent, en le faiſant deſcendre ſur la poitrine de l'enfant, & on ira chercher le ſecond, pour achever l'accouchement à l'ordinaire.

ARTICLE IV.

Des Accouchemens où l'enfant préſente le ventre à l'orifice de la matrice (a).

SECTION PREMIÈRE.

De l'attitude de l'enfant, lorſqu'il préſente le ventre, & des ſignes de cette eſpèce générale d'accouchement.

D. *Les accouchemens où l'enfant préſente le ventre à l'orifice de la matrice, ſe rencontrent-ils bien ſouvent?*

R. Ces accouchemens ſont extrêmement rares; & l'on ſera forcé de convenir qu'ils doivent l'être, ſi l'on ſe fait une juſte idée de l'attitude que l'enfant doit prendre dans la matrice pour préſenter le ventre.

(a) La Planche XIX montre l'attitude où eſt ordinairement l'enfant quand il préſente le ventre.

Celle ſous laquelle la plupart des Accoucheurs l'ont dépeint dans leurs Planches, eſt telle que le corps ſe trouve recourbé ſur ſa partie poſtérieure, la tête renverſée ſur le dos, les cuiſſes étant alongées & rapprochées l'une de l'autre, les jambes fléchies ſur les cuiſſes, & les pieds appuyés ſur le haut des feſſes : mais nous ne l'avons pas trouvée de même, & nous ſommes perſuadés que celle ſous laquelle nous repréſentons l'enfant ſur la Planche XIX, eſt l'attitude qu'il prend le plus ſouvent, ſi ce n'eſt toujours, pour préſenter le bas-ventre à l'orifice de la matrice.

D. *A quels ſignes reconnoîtra-t-on que l'enfant préſente le ventre ?*

R. On ne peut le reconnoître qu'après l'ouverture de la poche des eaux, & lorſque l'orifice de la matrice eſt bien dilaté. On trouve alors une tumeur molle, ſouple, égale, & plus ou moins large, à laquelle on remarque que le cordon ombilical eſt attaché. D'un côté, cette tumeur eſt bornée par le bord inférieur de la poitrine, & de l'autre, par le bord ſupérieur du baſſin ; l'extrémité antérieure de la crête des os des îles paroît ſur-tout très-ſaillante dans ces ſortes de cas, & le plus ſouvent une anſe de cordon ombilical s'engage dans l'orifice de la matrice, auſſi-tôt que les eaux de l'amnios s'écoulent.

D. *De combien de manières l'enfant peut-il présenter le bas-ventre à l'orifice de la matrice ?*

R. Cette région peut se présenter de quatre manières ; & ces quatre positions sont les mêmes que celles qui ont été décrites à l'occasion de la poitrine & du col.

D. *Quel jugement doit-on porter sur les accouchemens où l'enfant présente le ventre ?*

R. Ce jugement est le même que celui que nous avons porté sur les accouchemens où l'enfant présente le col ou la poitrine : on doit regarder l'accouchement, dans tous ces cas, comme impossible sans les secours de l'Art, si la grossesse est parfaitement à son terme.

SECTION II.

De la manière d'opérer l'accouchement, lorsque l'enfant présente le ventre.

D. INDIQUEZ-NOUS *comment on doit opérer l'accouchement, lorsque le ventre se présente dans la première position.*

R. Il y aura toujours peu de difficulté à dégager les genoux ou les pieds de l'enfant, toutes les fois que le ventre se présentera dans cette position ; parce que ces extrémités appuyées sur la partie postérieure & inférieure de la matrice, sont alors très-près de l'orifice de ce viscère & de l'entrée du bassin. On introduira une main de ma-

nière que sa face externe regarde le sacrum ; on dirigera les doigts le long du ventre & des cuisses de l'enfant, en montant vers la partie postérieure de la matrice, jusqu'à ce qu'on puisse les recourber au-dessus des genoux, pour les entraîner dans le vagin, si on trouve les cuisses alongées & rapprochées l'une de l'autre ; mais on accrochera les pieds préférablement aux genoux, si l'enfant est dans l'attitude que l'on voit exprimée sur la Planche XIX. Soit qu'on dégage les genoux ou les pieds dans ce premier moment, le tronc descendra de manière que le ventre de l'enfant répondra au pubis de la mère, si l'on ne change pas aussi-tôt sa position, comme nous l'avons recommandé à l'occasion de la quatrième position des pieds. On tournera donc la poitrine vers l'une des symphises sacro-iliaques, quand les genoux ou les pieds seront sortis, pour extraire l'enfant de la manière la plus avantageuse.

D. *Quels sont les signes qui dénotent la seconde position du ventre, & de quelle manière doit-on alors procéder à l'accouchement ?*

R. Cette position est telle, que les genoux de l'enfant sont au-dessus du pubis de la mère, & que la poitrine est appuyée sur le haut du sacrum.

Il est alors beaucoup plus difficile d'aller prendre les genoux ou les pieds, que dans la première position ; parce qu'on ne peut

introduire la main en ſuivant le devant des cuiſſes de l'enfant, comme dans ce premier cas; quand bien même on feroit placer la femme ſur les coudes & ſur les genoux, ainſi que quelques-uns l'ont recommandé en des circonſtances qui ont le plus grand rapport avec celle-ci.

Si l'on procède à l'accouchement à l'inſtant de l'ouverture de la poche des eaux, on repouſſera d'abord la poitrine de l'enfant, en ſuivant la direction de la colonne lombaire de la femme, au moyen d'une main introduite dans la matrice; tandis que de l'autre main appuyée ſur la région hypogaſtrique au-deſſus du pubis, on exercera une preſſion plus ou moins forte, pour faire deſcendre les genoux, qui y répondent, vers le détroit ſupérieur; de manière qu'on puiſſe les ſaiſir enſuite plus aiſément, & les entraîner. Si ce procédé préſente trop de difficulté, quand les eaux de l'amnios ſont écoulées depuis long-temps, on introduira la main droite, par exemple, vers le côté gauche, en dirigeant les doigts le long de la cuiſſe de l'enfant qui y répond, & en montant comme au-deſſus du pubis de la mère, juſqu'à ce qu'on puiſſe les recourber au-deſſus des genoux, & les entraîner. Pendant qu'on s'efforcera d'atteindre les genoux de cette manière, & pour y parvenir plus aiſément, on tiendra la femme couchée ſur le côté gauche, &

on y inclinera d'ailleurs la matrice au moyen d'une preſſion exercée convenablement à l'extérieur.

Il ſeroit plus facile d'aller prendre les pieds de l'enfant, en paſſant la main ſur la cuiſſe & la hanche, & en recourbant les doigts au-deſſus des lombes, où ſe trouvent ces extrémités; mais ſi ce procédé eſt plus facile pour l'Accoucheur, il eſt moins favorable pour l'enfant : on s'en tiendra donc au premier.

D. *Quels ſont les ſignes diſtinctifs des troiſième & quatrième poſitions du ventre ?*

R. Dans la troiſième poſition, le ventre eſt placé tranſverſalement ſur le détroit ſupérieur, de manière que la poitrine eſt appuyée ſur la foſſe iliaque gauche, & que les genoux & les pieds ſont ſur la droite.

Dans la quatrième poſition, le ventre ſe préſente également en travers, mais la poitrine eſt ſur la foſſe iliaque droite, & les extrémités ſont ſur la gauche.

D. *Comment doit-on opérer l'accouchement dans la troiſième poſition du ventre ?*

R. On introduira la main gauche en ſuivant le devant des cuiſſes de l'enfant, & en montant vers la foſſe iliaque droite de la mère, juſqu'à ce qu'on puiſſe recourber les doigts au-deſſus des genoux, ou au-deſſus des pieds, de manière à les entraîner dans le vagin. On entraînera les

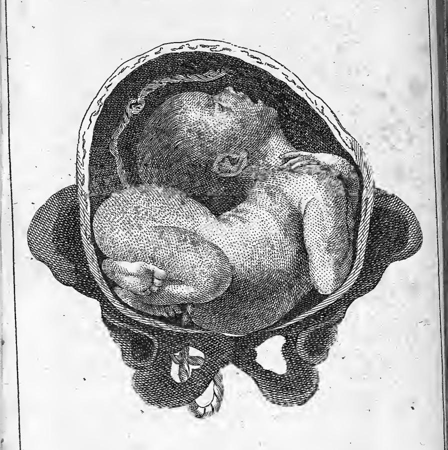
pieds préférablement aux genoux, toutes les fois que l'enfant sera dans l'attitude qu'on remarque sur la Planche XIX ; mais on amenera les genoux, si les cuisses se trouvent alongées & rapprochées. Si l'on vouloit dégager les pieds dans ce dernier cas, il faudroit introduire la main en suivant la partie postérieure de la matrice, & en recourbant les doigts au-dessus des lombes & des fesses de l'enfant même, jusqu'à ce qu'on puisse accrocher ces extrémités & les entraîner : ce procédé est moins recommandable que le précédent, parce que l'enfant s'en trouve plus fatigué.

D. *Comment doit-on terminer l'accouchement dans la quatrième position du ventre ?*

R. On introduira la main droite en montant vers la fosse iliaque gauche de la femme, & le long des cuisses de l'enfant, jusqu'à ce qu'on puisse recourber les doigts au-dessus des genoux ou des pieds, & les entraîner. On dégagera les genoux en premier lieu, ou les pieds, selon l'attitude de l'enfant; comme on l'a recommandé pour la troisième position (*a*).

(*a*) S'il arrivoit que le devant du bassin & des cuisses se présentât, dans l'une ou l'autre des positions indiquées à l'occasion du ventre, il faudroit procéder à l'accouchement, comme on vient de le recommander à l'occasion de toutes ces positions ; & dégager les genoux préférablement aux pieds, dans le premier moment.

Pl XIX pag.446.



Challi. del *Devisse. Sculp.*

CHAPITRE IV.

Des accouchemens dans leſquels l'enfant préſente la région occipitale le derrière du col, le dos, & les lombes à l'orifice de la matrice.

ARTICLE PREMIER.

Des accouchemens où l'enfant préſente la région occipitale & le derrière du col (a).

SECTION PREMIÈRE.

Des ſignes qui font connoître ces parties, & du jugement qu'on doit porter ſur ces ſortes d'accouchemens.

D. A QUELS *ſignes reconnoîtra-t-on que l'enfant préſente la région occipitale & le derrière du col?*

R. On trouve alors ſur l'orifice de la matrice une tumeur dure arrondie, qu'on

(a) La Planche XX fait voir l'attitude de l'enfant, lorſqu'il préſente l'occiput & le derrière du col.

ne peut méconnoître pour être une partie de la tête de l'enfant. On diftingue dans l'étendue de cette tumeur, les deux branches de la future lambdoïde, les efpaces membraneux qui font au bas de cette future, la fontanelle poftérieure, le derrière des oreilles, & les apophyfes épineufes des vertèbres cervicales.

D. *De combien de manières cette région peut-elle fe préfenter au détroit fupérieur?*

R. L'occiput & le derrière du col peuvent fe préfenter de quatre manières, à l'égard de ce détroit.

1°. L'enfant peut être placé de manière que le fommet de la tête foit appuyé fur la partie poftérieure & inférieure de la matrice, au-deffus du facrum, & le dos contre la partie antérieure de ce vifcère, au-deffus du pubis; 2°. il peut être fitué de façon que le fommet de la tête réponde à la partie antérieure & inférieure de la matrice au-deffus du pubis, & le dos à la partie poftérieure de ce vifcère au-deffus du facrum. 3°. La région occipitale & le derrière du col peuvent fe préfenter tranfverfalement fur le détroit, de forte que la tête fe trouve appuyée fur l'une des foffes iliaques, & le dos placé fur l'autre: ce qui établit encore deux pofitions différentes.

D. *L'accouchement peut-il s'opérer natu-*

rellement dans tous ces cas?

R. L'accouchement ne peut s'opérer naturellement dans tous ces cas, qu'autant que le derrière de la tête, appuyé ſur un des points de la marge du baſſin, quitte ce point & ſe rapproche du centre du détroit, de manière à s'y engager auſſi librement que ſi la tête ſe fût préſentée dans une bonne poſition. Si ce changement de poſition, ce déplacement ſe fait quelquefois comme de lui-même, c'eſt-à-dire, par les ſeuls efforts de la nature, quelquefois auſſi l'occiput au lieu de deſcendre de la marge du baſſin, dans le détroit ſupérieur, reſte fortement appuyé ſur cette marge, ou s'en éloigne en remontant, de ſorte que c'eſt le derrière du col qui ſe préſente en plein à l'orifice de la matrice, & que l'accouchement ne peut ſe faire ſans les ſecours de l'art.



SECTION II.

De la manière d'opérer l'accouchement, quand l'enfant présente le derrière de la tête & du col.

D. *Que faut-il faire quand l'enfant présente la région occipitale & le derrière du col?*

R. Il faut ramener la tête à sa position naturelle, c'est-à-dire, rapprocher le sommet du milieu du détroit supérieur, toutes les fois que la femme n'éprouve pas d'accidens; & abandonner ensuite l'accouchement aux soins de la nature.

D. *Comment peut-on ramener la tête de l'enfant à sa position naturelle, dans les divers cas dont il s'agit?*

R. Si l'on étoit certain, avant l'écoulement des eaux de l'amnios, que l'enfant présente la région occipitale & le derrière du col, ainsi que de la position de cette région à l'égard du détroit supérieur, on pourroit espérer de ramener la tête convenablement, en faisant prendre & garder à la femme une attitude déterminée, sur son petit lit.

Dans le cas où le sommet de la tête est au-dessus du sacrum, il faudroit que la femme se tînt couchée sur le dos. Dans celui où le sommet regarde la fosse iliaque

gauche, on la feroit coucher sur le côté gauche, pour y incliner le fond de la matrice; & sur le côté droit, quand le sommet de la tête répond à la fosse iliaque droite, pour remplir les mêmes vues. Il n'est alors qu'un seul cas où l'on ne puisse rien attendre de la situation de la femme, c'est celui où l'occiput & le derrière du col sont placés de manière que le sommet de la tête est au-dessus du pubis; à moins qu'on ne la fasse tenir sur les coudes & sur les genoux: mais cette position de l'occiput & du col doit être excessivement rare; & si elle se rencontroit, le parti le plus sûr feroit de retourner l'enfant.

D. *Que faudroit-il faire dans les trois premiers cas, si l'on ne pouvoit ramener la tête à sa bonne position au moyen des diverses attitudes que vous recommandez de donner à la femme?*

R. Il faudroit opérer ce changement de position, en avançant une main dans la matrice. Dans le cas où le sommet de la tête est appuyé sur la partie postérieure de ce viscère, on introduira l'une ou l'autre main vers ce côté, jusqu'à ce que l'on puisse embrasser le haut de la tête, & l'entraîner, en tournant en même temps l'occiput derrière l'une des cavités cotyloïdes.

On insinuera la main droite en montant vers la fosse iliaque gauche, quand le

fommet de la tête fera de ce côté, & on l'entraînera de même au détroit fupérieur.

On introduira la main gauche au contraire, en montant vers la foffe iliaque droite, quand le fommet de la tête fera tourné vers cet endroit, & on le ramenera de même à l'orifice de la matrice.

La tête étant réduite ainfi à fa bonne pofition, l'on abandonnera l'accouchement aux foins de la nature. Mais il faudroit retourner l'enfant & l'extraire par les pieds, fi la femme éprouvoit des accidens, ou fi elle ne confervoit pas affez de forces pour fe délivrer feule, malgré la bonne pofition à laquelle on pourroit ramener la tête.

D. *Comment doit-on retourner l'enfant dans la première pofition du derrière de la tête & du col?*

R. On introduit alors la main en montant le long de la partie poftérieure de la matrice, jufqu'à ce qu'elle embraffe exactement le fommet de la tête, qui y répond; & l'on fe conduit d'abord comme fi l'on ne vouloit que ramener la tête à fa bonne pofition, c'eft-à-dire, en entraînant le fommet vers le détroit fupérieur. Si l'on fe fert de la main droite, on la dirigera dans la fuite fur le côté droit de la tête, de manière qu'elle embraffe l'occiput & une partie du fommet. On écartera la tête alors de la faillie

du sacrum, en la portant au-dessus des os pubis & sur le devant de la fosse iliaque droite, de sorte que la face, après ce déplacement, regarde le côté gauche du bassin. On continuera d'avancer la main le long du côté droit de l'enfant, pour parvenir aux pieds & les dégager, comme on l'a recommandé pour la seconde position du sommet de la tête, & beaucoup d'autres qui ont été décrites ci-devant.

D. *Comment doit-on retourner l'enfant dans la seconde position de l'occiput & du col?*

R. Cette position rare, dans laquelle on a remarqué ci-dessus qu'on ne pouvoit ramener le sommet de la tête avantageusement au détroit supérieur, offre bien plus de facilité que la précédente, quand il s'agit de retourner l'enfant.

L'on introduit alors la main droite, par exemple, en montant vers la fosse iliaque gauche de la femme, & en poussant la tête sur celle de l'autre côté. On continue d'avancer cette main en suivant la partie latérale gauche de la matrice, jusqu'à la hanche, & à la cuisse de l'enfant; & l'on dirige les doigts sur les pieds, pour les entraîner, soit ensemble ou successivement, & les amener dans le vagin. Lorsqu'on a dégagé les pieds à ce point, on tire uniquement sur le gauche, jusqu'à ce

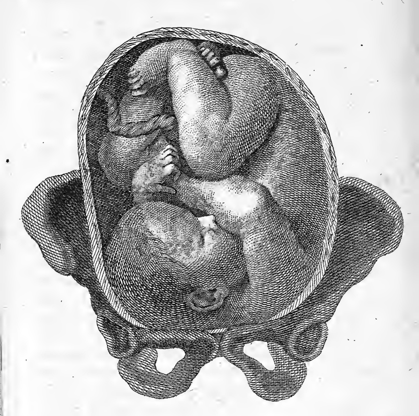
qu'il ſoit au dehors, puis on reprend celui qui eſt reſté en arrière, & on agit ſur l'un & ſur l'autre, comme dans tous les cas; en obſervant de tourner la poitrine vers l'une des ſymphiſes ſacro-iliaques, à meſure que le tronc s'avance.

D. *Comment doit-on retourner l'enfant dans la troiſième poſition de l'occiput & du col?*

R. On introduit alors la main droite, en montant vers la foſſe iliaque gauche, ſur laquelle eſt appuyé le haut de l'occiput & le ſommet de la tête. On éloigne celle-ci de cet endroit, en la pouſſant ſur le devant de la foſſe iliaque droite. On avance la main enſuite le long du côté droit de l'enfant, juſqu'à la hauteur de la hanche & de la cuiſſe, pour parvenir plus ſûrement aux pieds, & les dégager avec les précautions recommandées dans les autres cas.

D. *Comment doit-on retourner l'enfant dans la quatrième poſition de l'occiput & du col?*

R. L'on doit introduire la main gauche dans la matrice, pour en dégager les pieds de l'enfant. On l'inſinue d'abord en montant vers la foſſe iliaque droite, où répond le ſommet de la tête; & l'on pouſſe celle-ci ſur la foſſe iliaque gauche. On avance la main enſuite le long du côté gauche de l'enfant, pour parvenir aux pieds, & les dégager comme dans la



première position du sommet de la tête, & terminer l'accouchement ainsi qu'on l'a prescrit alors.

ARTICLE II.

Des accouchemens dans lesquels l'enfant présente le dos à l'orifice de la matrice (a).

SECTION PREMIÈRE.

Des signes qui font connoître le dos; & du jugement qu'on doit porter sur ces sortes d'accouchemens.

D. A QUELS *signes reconnoîtra-t-on que l'enfant présente le dos ?*

R. On reconnoît aisément cette partie, quand on peut la toucher à nud. On trouve sur l'orifice de la matrice une tumeur assez large pour recouvrir toute l'entrée du bassin ; & on y distingue assez bien les omoplates & les côtés, ainsi que les apophyses épineuses des vertèbres, quoique très-petites au terme de la naissance.

D. *Dans combien de positions le dos de l'enfant peut-il se présenter à l'égard du bassin de la femme ?*

(a) La Planche XXI exprime l'attitude où est l'enfant, quand il présente le dos.

R. Il peut ſe préſenter de quatre manières, ainſi que toutes les régions précédentes. Dans la première poſition du dos, le derrière du col eſt appuyé ſur le rebord des os pubis ; & les lombes, ainſi que les feſſes de l'enfant, répondent à la partie poſtérieure de la matrice, au-deſſus du ſacrum.

Dans la ſeconde, les lombes & les feſſes de l'enfant ſont au-deſſus du pubis de la mère, & le col eſt appuyé contre le haut du ſacrum, au-deſſus duquel la tête ſe trouve alors.

Dans la troiſième, le dos eſt placé tranſverſalement ſur le détroit ſupérieur, de manière que le col & la tête répondent à la foſſe iliaque gauche, les lombes & les feſſes à la foſſe iliaque droite.

Dans la quatrième, c'eſt la tête & le col qui ſont appuyés ſur la foſſe iliaque droite, les lombes & les feſſes étant ſur la foſſe iliaque gauche.

D. *Quel eſt le jugement qu'on doit porter ſur l'accouchement où l'enfant préſente le dos à l'orifice de la matrice ?*

R. L'accouchement, en pareil cas, eſt conſtamment impoſſible ſans les ſecours de l'Art, ſi l'enfant continue de préſenter le dos après l'écoulement des eaux de l'amnios, à moins qu'il ne ſoit aſſez petit relativement à la capacité du baſſin de la femme, pour venir en double.

On

On a quelquefois vu l'enfant préſenter le dos avant l'écoulement des eaux de l'amnios, & changer de poſition, au point d'offrir dans la ſuite à l'orifice de la matrice, la tête ou les feſſes, de ſorte que l'accouchement a pu ſe terminer ſeul. Mais ce changement de poſition s'opère ſi rarement, qu'on ne doit pas y compter, & qu'on eſt toujours très-bien fondé à prononcer qu'il faudra retourner l'enfant & dégager les pieds, quand le dos ſe préſente.

SECTION II.

De la manière d'opérer l'accouchement où l'enfant préſente le dos.

D. COMMENT *doit-on opérer l'accouchement dans la première poſition du dos?*

R. Toutes les fois qu'on y procédera au moment de l'ouverture de la poche des eaux de l'amnios, on introduira la main en montant le long de la partie poſtérieure de la matrice, juſqu'au-deſſus des feſſes de l'enfant qui y répondent; on accrochera les pieds convenablement du bout des doigts recourbés, & on les entraînera, pendant que de l'autre main appuyée ſur le ventre de la femme, on s'occupera à

diminuer l'obliquité antérieure de la matrice ; par une pression convenable.

Si l'on ne pouvoit pas dégager les pieds de cette manière, quand les eaux sont écoulées depuis long-temps, il faudroit se comporter différemment. On avance alors la main droite le long de la partie latérale gauche de la matrice, jusqu'à la hanche de l'enfant, en poussant le bas du tronc vers le côté droit de la femme ; tandis que de l'autre main appliquée extérieurement, on incline un peu le fond de la matrice même vers le côté gauche ; & l'on gagne ainsi les pieds, pour les dégager, comme on l'a recommandé à l'occasion de quelques-unes des positions précédentes : après avoir amené l'un & l'autre dans le vagin, si l'on éprouve quelque difficulté à les dégager complétement, il faut tirer uniquement sur le pied gauche, jusqu'à ce qu'il soit au dehors, & reprendre ensuite le second, pour agir sur les deux ensemble.

D. *Comment doit-on opérer l'accouchement dans la seconde position du dos ?*

R. Si l'on se sert de la main droite, on l'insinuera d'abord en montant vers le côté gauche de la matrice, jusqu'à ce qu'elle soit parvenue sur l'épaule de l'enfant ; & dans ce moment, on détournera le dos de dessus l'entrée du bassin, en le dirigeant vers la fosse iliaque droite, tandis que de l'autre main on pressera légérement le

ventre de la femme, de manière à incliner la matrice vers le côté gauche. Enſuite on dirigera les doigts ſur la poitrine & le ventre de l'enfant, pour parvenir aux genoux & aux pieds, qu'on dégagera ſucceſſivement.

Si l'on trouve quelque difficulté à faire deſcendre les feſſes de l'enfant, après avoir dégagé les pieds, on repouſſera de nouveau, le dos & les épaules vers la foſſe iliaque droite, & l'on tirera uniquement, pendant un inſtant, ſur le pied droit.

D. *Comment doit-on opérer l'accouchement dans la troiſième poſition du dos?*

R. Lorſqu'on eſt le maître d'opérer à l'inſtant de l'ouverture de la poche des eaux, on introduit la main gauche le long du dos, des lombes & des feſſes de l'enfant, en montant vers la foſſe iliaque droite, à laquelle répondent les pieds; on recourbe les doigts au-deſſus de ces extrémités, & on les entraîne en retirant la main. Pendant qu'on s'efforce de dégager les pieds de cette manière, il eſt utile d'incliner la matrice vers le côté droit, ſoit en faiſant coucher la femme ſur ce côté, ſoit en appuyant convenablement ſur le côté gauche du ventre.

Quand il y a très-long-temps que les eaux ſont évacuées, l'on ne parvient pas aiſément à dégager les pieds de l'enfant, en ſuivant le procédé que nous venons

de décrire, & il vaut mieux ſe conduire de la manière ſuivante. On introduit alors la main droite au-deſſous de l'enfant; on dirige les doigts le long de la partie poſtérieure de la matrice, en ſuivant le côté droit de l'enfant, & en paſſant ſur la hanche, la cuiſſe & la jambe, pour arriver aux pieds, qu'on dégage l'un après l'autre. Après les avoir amenés dans le vagin, on tire ſur le pied gauche pendant un inſtant, & on relève davantage le dos de l'enfant au-deſſus du pubis de la femme: enſuite on agit ſur les deux en même temps, & on termine l'accouchement à l'ordinaire.

D. *Comment doit-on opérer l'accouchement dans la quatrième poſition du dos?*

R. Lorſqu'on opère au moment de l'écoulement des eaux, on avance la main droite en montant vers la foſſe iliaque gauche de la femme, en ſuivant les lombes & les feſſes de l'enfant, juſqu'aux pieds; on accroche ces extrémités du bout des doigts, on les entraîne pendant qu'on incline légérement la matrice vers le côté gauche, ſoit en faiſant coucher la femme ſur ce côté, ou bien en appuyant d'une main ſur le côté droit du ventre.

Quand les eaux ſont évacuées depuis long-temps, à l'inſtant où l'on eſt pour opérer, on introduit la main gauche au-deſſous de l'enfant, vers la partie poſtérieure de la matrice. On dirige les doigts



en suivant le côté de cet enfant, jusqu'à la hanche & à la cuisse, pour arriver plus sûrement aux pieds, & les dégager, en commençant par le gauche. Après avoir dégagé l'un & l'autre, on doit tirer uniquement, pendant un instant, sur le pied droit, & ensuite sur les deux en même temps, pour extraire l'enfant à l'ordinaire.

ARTICLE III.

Des accouchemens où l'enfant présente les lombes à l'orifice de la matrice (a).

D. A QUELS *signes reconnoîtra-t-on que l'enfant présente les lombes à l'orifice de la matrice ?*

R. Il n'est pas très-difficile de reconnoître cette partie de l'enfant, lorsque la poche des eaux est ouverte. Les lombes présentent au toucher, une sorte de tumeur assez large, dans l'étendue de laquelle on distingue plusieurs tubercules osseux, placés sur la même ligne, les fausses-côtes & la saillie de l'extrémité postérieure de la crête de l'un & l'autre os des îles.

D. *De combien de manières les lombes de*

(a) La Planche XXII montre l'attitude où est l'enfant quand il présente les lombes.

l'enfant peuvent-elles se présenter à l'orifice de la matrice?

R. Elles peuvent se présenter dans quatre positions différentes, comme on l'a remarqué à l'égard du dos.

La première est telle que les fesses & les pieds de l'enfant sont au-dessus du sacrum de la mère, le dos étant appuyé sur le rebord des os pubis, sous la partie antérieure de la matrice.

Dans la seconde, le dos est appuyé sur la base du sacrum, & les fesses ainsi que les pieds, sont au-dessus du pubis.

Dans la troisième, le dos est sur la fosse iliaque gauche, & les fesses ainsi que les pieds, se trouvent sur la droite.

Dans la quatrième, le dos est sur la fosse iliaque droite, & les fesses & les pieds sont sur la gauche.

D. *Quel jugement doit-on porter des accouchemens où l'enfant présente les lombes?*

R. Ce jugement doit être le même que pour les accouchemens où l'enfant présente le dos. La femme ne peut se délivrer seule, qu'autant que les fesses de l'enfant se rapprochent du détroit supérieur dans le cours du travail, de manière à pouvoir s'y engager. Quoique ce changement se soit opéré quelquefois comme de lui-même, on ne doit pas trop s'y attendre;

& il ne peut ſe faire d'ailleurs, qu'autant que la matrice contient beaucoup d'eau.

Lorſque ce changement de poſition ne s'opère pas ainſi, l'accouchement eſt impoſſible ſans les ſecours de l'Art.

D. *Que doit-on faire, lorſqu'on a reconnu que ce ſont les lombes de l'enfant qui ſe préſentent?*

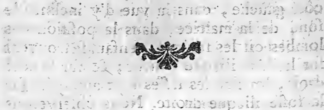
R. La conduite que doit tenir l'Accoucheur dans tous ces cas, doit être différente, relativement à quelques circonſtances particulières. Si l'on étoit certain, avant l'ouverture de la poche des eaux, que ce ſont les lombes qui ſe préſentent, il faudroit preſcrire à la femme une attitude propre à changer la poſition de l'enfant, & à rapprocher les feſſes de l'entrée du baſſin. Si les lombes ſe préſentoient dans la première poſition, on feroit coucher la femme à plat ſur le dos, afin de diminuer l'obliquité antérieure de la matrice, qui eſt la cauſe éloignée de cette poſition On la feroit coucher ſur le côté gauche, dans la vue d'y incliner le fond de la matrice, dans la poſition des lombes où les feſſes de l'enfant ſe trouvent ſur la foſſe iliaque gauche; & ſur le côté droit, lorſque les feſſes ſont appuyées ſur la foſſe iliaque droite. Nous obſerverons qu'il n'y a rien à eſpérer de l'attitude que pourroit garder la femme, quand les lombes ſe préſentent dans la ſeconde

position, c'est-à-dire, dans celle où les fesses de l'enfant sont au-dessus du pubis.

Lorsque les fesses de l'enfant se sont rapprochées du détroit supérieur, soit au moyen des seuls efforts de l'accouchement, ou de l'attitude qu'on a prescrite à la femme, on attend qu'elles se soient engagées profondément; & si on le juge nécessaire alors, on les accroche de l'index de l'une & l'autre main recourbé légérement au-dessus du pli des aînes, pour les aider à sortir; comme on l'a prescrit dans le cas où les fesses se présentent.

D. *Comment doit-on se comporter quand les lombes continuent de se présenter, malgré les précautions énoncées?*

R. On doit alors dégager les pieds de l'enfant, comme on l'a prescrit pour tous les cas où il présente le dos. On se conduira donc, pour la première position des lombes, comme pour la première du dos; & ainsi des autres.





Challi. del. Duhamel. Sculp.

CHAPITRE V.

Des accouchemens dans leſquels l'enfant préſente les diverſes régions de l'un & de l'autre côtés du corps.

ARTICLE PREMIER.

Des accouchemens dans leſquels l'enfant préſente un des côtés de la tête à l'orifice de la matrice (*a*).

SECTION PREMIÈRE.

Des ſignes qui caractériſent ces ſortes d'accouchemens, &c.

D. *A QUELS ſignes reconnoîtra-t-on que l'enfant préſente un des côtés de la tête?*

R. On trouve ſur l'orifice de la matrice une tumeur dure & arrondie, qui dénote que c'eſt la tête qui ſe préſente. On y remarque des ſutures & des eſpèces de fontanelles; on y rencontre l'oreille, & l'on

(*a*) La Planche XXIII offre l'attitude où eſt l'enfant, quand il préſente l'un des côtés de la tête.

peut toucher jusqu'à l'angle de la mâchoire inférieure.

D. *Est-il nécessaire de distinguer si c'est le côté droit, ou le côté gauche de la tête qui se présente?*

R. Il est des cas où cette distinction est de la plus grande importance, & dans lesquels il est nécessaire de savoir non-seulement lequel des deux côtés de la tête se présente, mais encore de quelle manière cette région est placée sur le détroit supérieur.

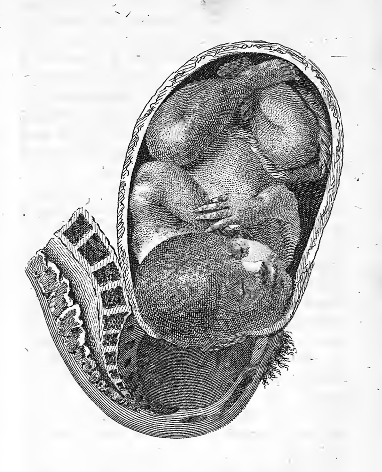
D. *Indiquez-nous à quels signes on reconnoîtra que c'est le côté droit, ou le côté gauche qui se présente.*

R. On reconnoîtra quel est le côté de la tête qui se présente, & quelle est sa position relativement au détroit supérieur, en observant à quels points de ce détroit répondent l'oreille & ses différentes parties, l'angle de la mâchoire inférieure, & la suture lambdoïde qui est derrière l'oreille, comme on le remarquera ci-après.

D. *Quelles sont les positions que les côtés de la tête peuvent prendre à l'égard du détroit supérieur?*

R. Chacun des côtés de la tête peut se présenter de quatre manières à l'égard du détroit supérieur.

Dans la première position du côté droit, le sommet de la tête répond au rebord des



os pubis, & le col est appuyé sur la base du sacrum ; mais de sorte que la face regarde le côté gauche du bassin. L'extrémité supérieure de l'oreille est alors vers le pubis de la mère, son extrémité inférieure vers le sacrum, & son bord postérieur tourné vers le côté droit du bassin.

La première position du côté gauche ne diffère de celle-ci, que parce que la face regarde le côté droit du bassin, le bord postérieur de l'oreille répondant alors au côté gauche de cette cavité.

Dans la seconde position de l'un & l'autre côtés de la tête, le sommet est appuyé contre la saillie du sacrum, & le col sur le rebord des os pubis. La face regarde la fosse iliaque droite, lorsque c'est le côté droit qui se présente ainsi, & la fosse iliaque gauche, lorsque c'est le côté gauche. Cette position est celle dans laquelle les côtés de la tête se présentent le plus ordinairement.

Dans la troisième de l'un & l'autre côtés de la tête, le sommet est appuyé sur le bas de la fosse iliaque gauche, & le col sur la fosse iliaque droite. La face de l'enfant regarde la saillie du sacrum, sur laquelle elle est placée transversalement, lorsque c'est le côté droit qui se présente ainsi; & c'est l'occiput qui répond à ce même point, lorsque c'est le côté gauche.

Dans la quatrième position, le sommet de la tête est appuyé sur le bas de la fosse iliaque droite, & le col sur la fosse iliaque gauche. L'occiput est placé transversalement sur la saillie du sacrum, & la face au-dessus du pubis, lorsque c'est le côté droit; la face au contraire se trouve couchée transversalement sur la saillie du sacrum, & l'occiput au-dessus du pubis, quand c'est le côté gauche de la tête qui se présente.

D. *En quoi est-il donc si important de distinguer si c'est le côté droit ou le côté gauche de la tête qui se présente à l'orifice de la matrice?*

R. Cette connoissance est absolument nécessaire, dans tous les cas où l'on est obligé d'opérer l'accouchement long-temps après l'écoulement des eaux de l'amnios. C'est elle qui nous détermine à porter telle ou telle main dans la matrice, pour en dégager les pieds de l'enfant; qui indique la route que doit suivre cette main pour parvenir à ces extrémités; c'est de cette connoissance, en un mot, que dépend le succès de notre entreprise dans les cas où il y a le plus de difficultés à surmonter.

D. *Quel jugement doit-on porter des accouchemens où l'enfant présente l'un ou l'autre côté de la tête?*

R. La tête de l'enfant trouve quelquefois tant de facilité à revenir comme d'elle-

même à ſa bonne poſition, quand elle préſente l'un de ſes côtés, que l'accouchement alors diffère peu de celui qu'on appelle naturel. D'autres fois elle conſerve ſa poſition primitive, malgré les efforts de l'accouchement, & celui-ci ne peut ſe terminer. Enfin, des accidens peuvent compliquer le travail, & nous mettre encore dans l'obligation d'opérer.

D. *Que faut-il faire, en général, quand l'enfant préſente l'un des côtés de la tête?*

R. Il faut ramener la tête à ſa bonne poſition, toutes les fois que la femme n'éprouvera pas d'accidens, & abandonner l'accouchement enſuite aux ſoins de la nature. Il faut retourner l'enfant, & l'extraire par les pieds, lorſque les circonſtances ſeront telles que la femme ne pourroit accoucher naturellement, ſans s'expoſer à des inconvéniens.

SECTION II.

De la manière de procéder à l'accouchement dans tous les cas où l'enfant préſente l'un des côtés de la tête.

D. COMMENT *doit-on procéder à l'accouchement dans la première poſition de l'un & l'autre côtés de la tête?*

R. Lorſqu'on ne ſe propoſe que de ramener la tête à ſa bonne poſition, on in-

troduit une main dans le vagin, en dirigeant les doigts sous le bord postérieur de l'orifice de la matrice jusqu'au-dessous de l'oreille de l'enfant, & aux environs de l'angle de la mâchoire inférieure. On repousse alors le bas de la tête le plus qu'on peut, au-dessus de la saillie du sacrum, tandis que de l'autre main placée sur la région hypogastrique de la femme, on presse avec plus ou moins de force, pour diriger le sommet de la tête qui y répond, vers le milieu du détroit supérieur. Si l'on parvient de cette manière à ramener la tête sur l'entrée du bassin, on abandonnera l'accouchement aux efforts de la nature. Si l'on ne réussit pas, ou bien si des accidens ne permettent pas de confier l'accouchement à la nature, on ira chercher les pieds, & on retournera l'enfant.

D. *Comment doit-on retourner l'enfant, quand l'un des côtés de la tête se présente dans la première position?*

R. Lorsque c'est le côté droit de la tête qui se présente ainsi, on doit opérer de la main droite (*a*). On introduit cette main

(*a*) Il est aussi nécessaire d'opérer de la main droite dans ce cas, qu'il est important de le faire de la main gauche dans la première position du côté gauche de la tête, quand il y a long-temps que les eaux de l'amnios sont écoulées. Le choix de la main n'est pas moins nécessaire dans tous les autres cas, que dans ceux dont il s'agit.

en montant vers le côté gauche du baſſin, juſqu'à ce qu'elle ſoit parvenue ſur la face de l'enfant, & l'on pouſſe alors la tête ſur la foſſe iliaque droite. On continue d'inſinuer la main le long du côté gauche & de la partie poſtérieure de la matrice, en ſuivant le côté droit & le devant de l'enfant, juſqu'à ce que l'on ſoit à la hauteur des pieds, & qu'on puiſſe les accrocher de manière à les dégager; comme on l'a preſcrit pour la ſeconde poſition du ſommet de la tête.

Quand ce ſera la première poſition du côté gauche de la tête, on inſinuera la main gauche dans la matrice, en montant vers la foſſe iliaque droite; on pouſſera la tête ſur la foſſe iliaque gauche, pour aller enſuite chercher les pieds, en ſuivant la partie poſtérieure & latérale droite de la matrice; comme on l'a recommandé à l'occaſion de la première poſition du ſommet de la tête.

D. *Comment doit-on procéder à l'accouchement dans la ſeconde poſition de l'un & l'autre côtés de la tête?*

R. Lorſqu'on a reconnu cette poſition de bonne heure, on recommande à la femme de ſe tenir couchée à plat ſur le dos, juſqu'à ce que les eaux de l'amnios ſe ſoient évacuées; parce que la tête, au moyen de cette précaution ſeule, s'eſt réduite ſouvent comme d'elle-même à ſa

position naturelle. Quand on s'eſt aſſuré, par un délai convenable, que ce changement de poſition ne peut s'opérer auſſi naturellement, on inſinue la main dans la matrice, en paſſant au-devant de la ſaillie du ſacrum, juſqu'à ce que les doigts puiſſent embraſſer exactement le ſommet de la tête qui y répond, & l'entraîner vers le milieu du détroit ſupérieur ; ce qui eſt toujours très-facile : après cela on attend patiemment l'expulſion de l'enfant. On retourne au contraire cet enfant, & on l'amène par les pieds, toutes les fois qu'il y a des accidens.

D. *Comment doit-on retourner l'enfant dans cette ſeconde poſition des côtés de la tête ?*

R. Si c'eſt le côté droit qui ſe préſente, on inſinue la main gauche en paſſant au-devant de la ſaillie du ſacrum, juſques ſur le ſommet de la tête, qu'on entraîne au détroit ſupérieur, comme ſi l'on ne vouloit que la rappeller à ſa bonne poſition. Après avoir ramené la tête ainſi, on la dirige ſur la foſſe iliaque gauche, & l'on va chercher les pieds, en ſuivant la partie poſtérieure & latérale droite de la matrice, de même que le côté gauche de l'enfant ; pour les dégager, & terminer l'accouchement, comme à l'occaſion de la première poſition du ſommet de la tête.

Lorſque c'eſt le côté gauche de la tête

qui ſe préſente, on introduit la main droite en ſuivant la partie poſtérieure de la matrice; on commence par ramener le ſommet au détroit ſupérieur, enſuite on dirige la tête ſur la foſſe iliaque droite, pour aller prendre les pieds, en ſuivant le côté droit & le devant de l'enfant; comme on l'a preſcrit à l'égard de la ſeconde poſition du ſommet de la tête.

D. *Comment doit-on ſe comporter lorſqu'un des côtés de la tête ſe préſente dans la troiſième poſition?*

R. Quand ce ſera la troiſième poſition du côté droit, on avancera la main droite dans le vagin, en dirigeant les doigts au-deſſus du bord poſtérieur de l'orifice de la matrice, ſur l'angle de la mâchoire inférieure & ſes environs; on ſoulevera la face qui eſt alors couchée tranſverſalement ſur la ſaillie du ſacrum, tandis que de l'autre main on appuiera ſur la région hypogaſtrique de la femme, à deſſein de pouſſer l'occiput qui y répond, vers le milieu du détroit ſupérieur.

Si c'eſt le côté gauche, on avancera la main ſous l'occiput même, alors appuyé ſur la ſaillie du ſacrum, & on l'entraînera vers le milieu du baſſin.

Après avoir ramené la tête de cette manière à ſa bonne poſition, il eſt à propos de faire coucher la femme ſur le côté gauche, afin d'y incliner un peu le fond

de la matrice ; & l'on abandonne l'accouchement aux ſoins de la nature.

D. *Indiquez-nous la manière de retourner l'enfant dans l'un & l'autre de ces cas.*

R. Dans la troiſième poſition du côté droit de la tête, on introduit la main droite en paſſant au-devant de la ſaillie du ſacrum, ſur laquelle la face eſt appuyée. On écarte la tête de ce même point, en la ſoulevant vers les os pubis & en la pouſſant ſur la foſſe iliaque droite ; l'on parcourt enſuite le côté droit de l'enfant, la partie poſtérieure & latérale droite de la matrice, pour parvenir aux pieds, qu'on dégage comme on l'a preſcrit pour la ſeconde poſition du ſommet de la tête.

Lorſque c'eſt le côté gauche qui ſe préſente dans la troiſième poſition, on éprouve encore plus de facilité à opérer de la main droite, que de la gauche, & l'on fera bien de l'employer préférablement à celle-ci.

On introduit cette main (la droite), en montant au-devant de la ſaillie du ſacrum, juſqu'au-deſſus de l'occiput, qu'on entraîne vers le milieu du baſſin, comme ſi l'on ne vouloit que ramener la tête à ſa bonne poſition. On porte la tête enſuite ſur la foſſe iliaque droite, & l'on va prendre les pieds, en ſuivant le côté droit de l'enfant, comme on vient de le preſcrire pour la poſition précédente.

D. *Indiquez-nous comment on doit procéder à l'accouchement, lorſqu'un des côtés de la tête ſe préſente dans la quatrième poſition.*

R. Si l'on veut ramener la tête de l'enfant à ſa bonne poſition, lorſque c'eſt le côté droit qui ſe préſente, on introduira la main droite, en paſſant vis-à-vis la ſaillie du ſacrum, ſous l'occiput, qu'on entraînera vers le milieu du baſſin. Après cela, on fera coucher la femme ſur le côté droit, pour y incliner légérement le fond de la matrice.

Quand les circonſtances exigent qu'on opère l'accouchement, on introduit la main gauche de la même manière au-deſſous de l'occiput; & après avoir ramené la tête à ſa bonne poſition, comme on vient de le recommander, on la porte ſur la foſſe iliaque gauche. On dirige la main le long du côté gauche de l'enfant, en ſuivant la partie poſtérieure & latérale gauche de la matrice, pour parvenir aux pieds & les dégager, comme on l'a preſcrit en parlant de la première poſition du ſommet de la tête.

Pour ramener la tête à ſa bonne poſition, lorſque c'eſt le côté gauche qui ſe préſente, on repouſſe la face, qui eſt appuyée tranſverſalement ſur la ſaillie du ſacrum, & l'on fait deſcendre l'occiput qui eſt au-deſſus du pubis, comme on

l'a recommandé pour la troisième position du côté gauche.

Quand les circonstances exigent qu'on retourne l'enfant, on introduit la main gauche au-devant de la saillie du sacrum, en relevant la face, comme on vient de le prescrire. On pousse la tête ensuite sur la fosse iliaque gauche, & l'on va prendre les pieds, en dirigeant cette main le long du côté gauche de l'enfant, ainsi que de la partie postérieure & latérale gauche de la matrice, de même que pour la première position du sommet de la tête.

ARTICLE II.

Des accouchemens dans lesquels l'enfant présente l'une ou l'autre épaule à l'orifice de la matrice (a) (*).

SECTION PREMIÈRE.

Des signes qui font connoître que l'enfant présente une des épaules.

D. A QUELS *signes reconnoîtra-t-on que l'enfant présente une des épaules ?*

(a) Les Planches XXIV & XXV expriment l'attitude où est l'enfant, quand il présente l'épaule, le bras étant engagé dans le col de la matrice.

(*) Nous croyons devoir nous dispenser d'exposer en particulier ce qui peut appartenir aux

R. Il eſt aſſez facile de reconnoître cette partie, lorſque la poche des eaux eſt ouverte; parce que l'épaule s'engage alors de manière à ce qu'on la touche aiſément, & que le plus ſouvent le bras s'alonge & ſe déploie dans le vagin, de façon que la main paroît au dehors. Si l'Accoucheur introduit un doigt le long de ce bras, juſques dans l'orifice de la matrice, il diſtingue au toucher les côtes de l'enfant, la clavicule & l'omoplate: il juge également d'après ces mêmes ſignes, ſi c'eſt l'épaule droite ou l'épaule gauche qui ſe préſente.

D. *Eſt-on bien fondé à prononcer que c'eſt l'épaule qui ſe préſente, toutes les fois que la main de l'enfant paroît à la vulve?*

R. Non; parce que la main peut s'engager avec la tête & la précéder, comme

---

accouchemens dans leſquels l'enfant préſente l'un ou l'autre côté du col à l'orifice de la matrice; parce qu'il eſt extrêmement difficile que l'enfant ſe préſente ainſi, dans le cours d'un travail ſoutenu. Si l'un des côtés du col répondoit à l'orifice de la matrice dans le début du travail, la tête ou l'épaule ne manqueroit pas d'être pouſſée en avant par les efforts de la nature, & de venir s'engager dans le détroit ſupérieur. En admettant d'ailleurs qu'un des côtés du col continue de ſe préſenter malgré ces efforts, la circonſtance n'en exigeroit pas une conduite différente de celle que nous allons tracer à l'occaſion de l'épaule.

on l'a remarqué ci-devant : ce qui promet un événement bien différent, l'accouchement pouvant se faire sans beaucoup de difficulté dans ce dernier cas, tandis qu'il est presque toujours impossible sans les secours de l'Art, lorsque c'est l'épaule qui se présente.

D. *Y a-t-il des exemples que l'accouchement se soit opéré naturellement dans le cas où l'enfant présentoit l'épaule ?*

R. Il en existe quelques-uns, si l'on veut appeller accouchement naturel, celui où l'enfant vient en présentant les fesses ou les pieds ; car on a vu quelquefois ces parties se dégager les premières, quoique l'épaule se fût long-temps présentée, même quoique le bras de l'enfant fût déployé dans le vagin, & que la main parût au dehors (*a*) : mais on ne doit pas compter sur de pareilles ressources ; & il vaut mieux

(*a*) On ne trouve que quelques exemples d'accouchemens qui se soient terminés par les seules forces de la nature, lorsque l'enfant présentoit l'épaule à l'orifice de la matrice. Ces observations traduites de l'Anglois, & insérées dans le Journal de Médecine, Tomes LXIII & LXV, ne font connoître qu'une exception à la règle générale ; & l'on y remarque qu'il auroit été bien plus à propos d'opérer l'accouchement à temps, que de l'abandonner aux soins de la nature : un seul enfant, sur trente, étant venu vivant.

retourner l'enfant, & l'amener par les pieds, toutes les fois que l'épaule se présente. La manière d'y procéder doit être différente à quelques égards, selon la position de l'épaule à l'orifice de la matrice.

SECTION II.

De la manière de procéder à l'accouchement dans tous les cas où l'une des épaules se présente.

D. QUELS *sont les signes de la première position de l'une ou l'autre épaule, & comment doit-on alors opérer l'accouchement?*

R. La première position des épaules est telle que la tête est au-dessus du pubis de la femme, tandis que le côté & la hanche sont appuyés sur la base du sacrum; la poitrine de l'enfant regardant la fosse iliaque gauche, lorsque c'est l'épaule droite qui se présente, & la fosse iliaque droite, lorsque c'est l'épaule gauche.

Pour opérer l'accouchement dans la première position de l'épaule droite, on insinue la main droite en suivant la partie postérieure & latérale gauche de la matrice, jusqu'au-dessus de la hanche de l'enfant. Etant parvenu à cette hauteur, on ramène les doigts sur la cuisse & sur la

jambe, pour gagner les pieds, & les entraîner le long de la poitrine de l'enfant, jusques dans le vagin, soit en les dégageant ensemble ou successivement. Si l'on éprouve quelques difficultés à faire descendre les fesses, en tirant sur les pieds, après les avoir dégagés à ce point, on repoussera l'épaule qui est encore au détroit supérieur, sur la fosse iliaque droite, avant de se permettre de tirer avec plus de force.

Lorsque c'est l'épaule gauche qui se présente, on doit opérer de la main gauche. On l'introduit en suivant la partie postérieure & latérale droite de la matrice, jusqu'à la hanche de l'enfant, d'où l'on dirige les doigts vers la cuisse & la jambe, pour parvenir aux pieds, & les dégager comme dans le cas précédent. Après les avoir amenés dans le vagin, on repousse l'épaule sur la fosse iliaque gauche, autant que faire se peut, afin que les fesses trouvent moins de difficultés à descendre.

D. *Quels sont les signes de la seconde position des épaules, & comment doit-on alors procéder à l'accouchement ?*

R. La seconde position de l'une & l'autre épaules est telle, que la tête de l'enfant est au-dessus du sacrum de la mère, & la hanche au-dessus du pubis; la poitrine regardant le côté droit de la matrice, quand

lorſque c'eſt l'épaule droite ; & le côté gauche, lorſque c'eſt l'épaule gauche.

Quand c'eſt l'épaule droite qui ſe préſente, on introduit la main gauche en ſuivant le côté droit du baſſin, juſqu'à ce qu'elle ſoit parvenue ſur le front de l'enfant; alors on pouſſe la tête, le plus qu'on le peut, ſur la foſſe iliaque gauche, de même que l'épaule; & l'on continue d'avancer la main en montant le long de la partie latérale droite de la matrice, pour parvenir aux pieds, & les dégager à l'ordinaire. Après les avoir amenés dans le vagin, on repouſſe l'épaule de nouveau, & l'on fait coucher la femme un tant ſoit peu ſur le côté droit, pour y incliner le fond de la matrice; du reſte, on ſe comporte comme dans les cas précédens.

Dans la ſeconde poſition de l'épaule gauche, on introduit la main droite en montant vers la foſſe iliaque gauche. On pouſſe l'épaule & la tête vers le côté droit du baſſin, puis on dirige les doigts le long de l'enfant, juſqu'à ce qu'on puiſſe ſaiſir les pieds & les entraîner. S'ils deſcendent difficilement, on repouſſe l'épaule de nouveau vers la foſſe iliaque droite, & l'on incline légérement la matrice vers le côté gauche.

D. *Quels ſont les ſignes de la troiſième poſition de l'épaule droite, & comment doit-*

on procéder alors à l'accouchement (*a*) ?

R. Dans la troisième position de cette épaule, l'enfant est situé de manière que le ventre & la poitrine paroissent couchés transversalement sur la colonne lombaire de la mère ; la tête étant appuyée sur la fosse iliaque gauche, & les fesses placées sur la droite.

Pour retourner l'enfant en pareil cas, on introduit la main droite vers la partie postérieure de la matrice, en soulevant l'épaule, & en la portant, autant qu'il est possible, au-dessus des os pubis ; on dirige ensuite les doigts vers les pieds, en suivant le côté de l'enfant, & en gagnant un peu la partie latérale droite de la matrice ; l'on dégage ces extrémités ensemble ou successivement, en observant de tirer uniquement sur le pied gauche, mais pendant un instant seulement, dès qu'ils sont parvenus l'un & l'autre dans le vagin, & de relever encore l'épaule au-dessus du pubis de la mère.

D. *Quels sont les signes de la troisième position de l'épaule gauche, & comment doit-on procéder alors à l'accouchement ?*

R. La troisième position de l'épaule gauche est telle que le dos de l'enfant est situé transversalement sur la colonne lombaire de la mère ; la poitrine, ainsi que

(*a*) *Voyez* la Planche XXIV.

les jambes & les cuisses pliées à l'ordinaire, étant sous la partie antérieure de la matrice; la tête sur la fosse iliaque gauche, & les fesses sur la droite. C'est la plus fréquente des quatre positions de l'épaule gauche, & celle dans laquelle on rencontre le plus de difficultés à dégager les pieds.

Pour retourner l'enfant, on se servira de la main gauche, & on l'introduira d'abord en montant vers la fosse iliaque droite, jusques sur les fesses, ensuite sous la partie antérieure & latérale droite de la matrice, en suivant la cuisse gauche, jusqu'à ce qu'on puisse accrocher le pied de ce côté, & l'entraîner, en le faisant descendre sur la poitrine de l'enfant, & derrière le pubis de la mère. On reportera la main, comme ci-devant, pour dégager l'autre pied, & l'on agira uniquement sur ce dernier pendant un instant, après avoir amené l'un & l'autre dans le vagin; en observant dans ce même moment, de repousser l'épaule, le plus qu'on pourra, au-dessus de la saillie du sacrum. L'on se comportera pour le reste, comme dans les autres positions.

D. *Quels sont les signes de la quatrième position de l'épaule droite, & comment doit-on alors procéder à l'accouchement (a)?*

(b) *Voyez* la Planche XXV.

R. Cette quatrième position est telle que le dos de l'enfant est couché transversalement sur la colonne lombaire de sa mère; la poitrine, les cuisses & les jambes se trouvant sous la partie antérieure de la matrice, la tête sur la fosse iliaque droite, & les fesses sur la fosse iliaque gauche. C'est la plus ordinaire des quatre positions de l'épaule droite.

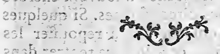
Pour retourner l'enfant avec tout l'avantage possible alors, on introduira la main droite en montant vers la fosse iliaque gauche, jusques sur les fesses; de-là, on la dirigera sous la partie latérale gauche & antérieure de la matrice, en suivant la cuisse droite, pour gagner le pied & l'entraîner, en le faisant descendre sur la poitrine de l'enfant, & sous le pubis de la mère. L'on dégagera le pied gauche avec le même soin, & l'on tirera dessus, pendant un instant, tandis que de quelques doigts on refoulera l'épaule de nouveau au-dessus de la base du sacrum, pour terminer l'accouchement à l'ordinaire.

D. *Quels sont les signes de la quatrième position de l'épaule gauche, & comment doit-on alors opérer l'accouchement?*

R. La quatrième position de l'épaule gauche est telle que la poitrine de l'enfant paroît couchée transversalement sur la colonne lombaire de la femme, la tête se trouvant sur la fosse iliaque droite, &

les fesses, ainsi que les pieds, sur la fosse iliaque gauche.

Pour opérer avantageusement dans ce cas, on introduira la main gauche au-devant de la saillie du sacrum, en repoussant l'épaule au-dessus du pubis de la femme ; on dirigera les doigts ensuite le long du côté de l'enfant, & de la partie postérieure & latérale gauche de la matrice, jusqu'à ce que l'on soit parvenu aux pieds ; on entraînera ces extrémités ensemble, ou l'une après l'autre, en les faisant descendre sur la poitrine même de l'enfant ; & les ayant amenés dans le vagin, si l'on éprouve encore quelques difficultés à les dégager, on tirera plus fort, & même uniquement pendant un instant, sur le pied droit, tandis qu'on repoussera l'épaule de nouveau au-dessus des os pubis. On se comportera, pour le reste, comme dans les autres cas.



SECTION II.

De la sortie du bras & de la main de l'enfant, quand l'une des épaules se présente, & de ce que doit faire l'Accoucheur à cette occasion.

D. COMMENT *doit-on considérer l'accouchement dans lequel le bras de l'enfant s'échappe le premier de la matrice, au point que la main paroît au dehors?*

R. La sortie du bras de l'enfant n'a jamais rendu l'accouchement essentiellement plus difficile, que dans le cas où l'épaule se présente simplement à l'orifice de la matrice. L'on a toujours attribué à la présence de cette extrémité, des difficultés qui provenoient d'une autre cause, & qui exigeoient des secours bien différens de ceux qu'on a mis alors en usage; & rien ne sauroit excuser l'espèce de cruauté que l'ignorance a souvent exercée dans ces mêmes circonstances. Si quelques Accoucheurs ont cherché à repousser les bras de l'enfant, & à le faire rentrer dans la matrice, les autres ont tenté vainement d'opérer l'accouchement, en tirant sur ce bras; plusieurs ont arraché cette extrémité, l'ont amputée, &c. sans se mettre en peine de l'état de l'enfant, qu'ils ont

quelquefois amené vivant malgré de pareilles manœuvres : ce qui eſt plus déplorable encore, c'eſt qu'après de ſemblables procédés, l'on a quelquefois démembré l'enfant au moyen des crochets, pour l'extraire par lambeaux, ne trouvant pas plus de facilité pour le retourner après l'arrachement ou l'amputation du bras, qu'on n'en avoit rencontré auparavant ; tandis qu'avec un peu de méthode, & par des moyens très-ſimples, on l'auroit pu conſerver, ainſi que ſa mère.

D. *Il n'eſt donc pas néceſſaire, ſelon vous, de faire rentrer le bras qui eſt ſorti de la matrice, pour parvenir à terminer l'accouchement ?*

R. Non : indépendamment de ce que la réduction du bras eſt impoſſible dans la plupart des cas, & toujours très-difficile dans ceux qui y paroiſſent les plus favorables, comme à l'inſtant même de l'écoulement des eaux de l'amnios ; c'eſt qu'il ne peut jamais en réſulter un avantage remarquable. La préſence de ce bras dans l'orifice de la matrice & le vagin, n'eſt pas ce qui s'oppoſe le plus à l'introduction de la main de l'Accoucheur ; nous dirons même qu'il n'en réſulte aucun obſtacle, & que ceux qu'on rencontre alors tiennent moins à la préſence de cette extrémité, qu'au reſſerrement du col de la

matrice, & à la contraction de ce viſcère ſur le corps de l'enfant.

Loin de repouſſer le bras de l'enfant, nous recommanderons de le retenir.

D. *Doit-on condamner également l'intention de ceux qui ſe ſont propoſés d'extraire l'enfant en tirant ſur le bras ?*

R. Cette conduite ne porte pas moins l'empreinte de l'ignorance, que les efforts infructueux qu'on a faits pour réduire le bras dans la matrice. Un enfant à terme & de groſſeur ordinaire, ne ſauroit traverſer un baſſin de largeur naturelle, dans la poſition où il ſe trouve, quand on tire inconſidérément ſur le bras ; & ſi l'on peut, à la rigueur, extraire ainſi un enfant beaucoup plus petit, il ſeroit inhumain de le faire de cette manière ; parce qu'on peut l'amener autrement, avec plus de facilité & d'avantage. Une pareille conduite ſeroit au plus tolérable dans le cas où l'on a la certitude de la mort de l'enfant & de ſon peu de groſſeur.

Le plus grand inconvénient qu'il y auroit à tirer ſur le bras, ſeroit celui de ne pouvoir extraire l'enfant vivant, même de ne pouvoir abſolument l'entraîner, quoique mort, s'il n'eſt pas très-petit, & le baſſin de ſa mère très-grand. En tirant ſur le bras, on augmente ſa tuméfaction, ſi l'enfant eſt vivant, & on en accélère la mortification ; on luxe ce bras, on le déſar-

ticule, & on l'arrache ; l'on irrite la matrice, elle se contracte davantage sur l'enfant, elle l'enveloppe plus étroitement, elle devient douloureuse & s'enflamme, &c.; en un mot, on multiplie les obstacles & le danger.

D. *L'arrachement du bras, ou son amputation, si souvent répété en pareilles circonstances, avec une sorte de succès, ne vous paroîtroit-il pas plus nécessaire que la réduction de cette extrémité dans la matrice ?*

R. L'idée d'une pareille opération ne peut qu'inspirer de l'horreur ; rien ne peut excuser ceux qui l'ont mise en exécution ; ceux même qui se sont glorifiés d'avoir conservé l'enfant par ce procédé, qui assurent s'être frayé, à ce moyen, un chemin plus facile vers les pieds de cet enfant, auxquels ils n'avoient pu atteindre auparavant ; & nos loix désormais devroient sévir avec rigueur, contre les personnes de l'Art qui se conduiront avec aussi peu de principes, & autant d'inhumanité. La mort seule de l'enfant sembleroit autoriser à couper ou à arracher le bras, s'il formoit essentiellement obstacle à l'accouchement. Mais d'après quels signes pourra-t-on être certain de sa mort ? Sera-ce d'après l'état du bras exclusivement ? Tel enfant n'ayant été mutilé que parce que le bras sorti étoit tuméfié, noir, livide, & rempli de phlectaine, est venu

vivant après l'arrachement de cette extrémité. Quel que ſoit l'état du bras, on ne doit donc ni l'arracher, ni l'amputer, ſi ſa préſence ne s'oppoſe pas eſſentiellement à l'accouchement : or, elle ne ſauroit s'y oppoſer.

D. *D'où provenoient donc les obſtacles que tant d'Accoucheurs diſent avoir rencontrés dans ces ſortes de cas, & qu'on y rencontre en effet quelquefois ?*

R. Ces obſtacles provenoient de l'état de la matrice même, & ne ſauroient jamais dépendre d'une autre cauſe. Quelquefois le col de la matrice, à peine entreouvert pour recevoir le bras à l'inſtant où il eſt forcé de s'y engager, embraſſe cette extrémité à l'inſtar d'une ligature médiocrement ſerrée, mais aſſez cependant pour que l'avant-bras & la main ne tardent pas à s'enfler, & à changer de couleur. D'autres fois le col de la matrice, très-ouvert au moment où la poche des eaux ſe déchire, & où le bras s'engage, ſe reſſerre autour de ce bras, comme dans le cas précédent, & y détermine le même gonflement & le même changement de couleur. La matrice, dans tous ces cas, s'efforçant en vain d'expulſer l'enfant, ſe contracte & le ſerre étroitement de toutes parts ; irritée par les obſtacles, elle agit plus fortement, & acquiert tant de ſenſibilité, que le moindre attouchement

devient douloureux pour la femme, & que le ventre même ſupporte à peine le poids des vêtemens. C'eſt du concours de toutes ces cauſes que naiſſent les difficultés qu'on rencontre à opérer l'accouchement : la préſence du bras dans le col de la matrice y ajoute bien peu, mais les efforts inconſidérés de l'Accoucheur les augmentent ſingulièrement, en même temps qu'ils aggravent le danger que courent la mère & l'enfant.

D. *Comment démontrerez-vous que la préſence du bras dans le col de la matrice, ne peut pas s'oppoſer fortement à l'introduction de la main de l'Accoucheur?*

R. L'on ſera bien convaincu que la préſence du bras de l'enfant dans le col de la matrice, ne peut s'oppoſer fortement au paſſage de la main de l'Accoucheur, ſi l'on ſe rappelle la dilatation dont l'orifice eſt ſuſceptible, & qu'il éprouve dans tous les accouchemens, on verra qu'il peut admettre la main de l'Accoucheur, quoique le bras de l'enfant y ſoit engagé, n'importe quelle que ſoit la groſſeur de ce bras. Pour y parvenir, il ne faut que relâcher & détendre le bord de cet orifice, qu'affoiblir la contraction même de la matrice, relâcher ce viſcère, & faire ceſſer l'état d'érétiſme où il ſe trouve après un travail auſſi long que pénible & infructueux.

Une défaillance inattendue, une perte inopinée, ont fait cesser plus d'une fois cet état d'érétisme & de spasme, chez des femmes qu'on ne pouvoit accoucher, & on les a delivrées avec aussi peu de difficulté, que si le bras n'eût point été engagé. On a porté librement la main dans la matrice, malgré la sortie du bras, on a retourné l'enfant, & on l'a amené par les pieds, toutes les fois qu'on y a procédé à l'instant de l'ouverture de la poche des eaux, & de la sortie du bras même, & que l'orifice s'est alors trouvé dilaté convenablement : ce qui prouve clairement que les obstacles ne dépendent que de l'état même de la matrice; que le bras de l'enfant y ajoute bien peu, & qu'il n'est pas nécessaire de le faire rentrer, ni de l'arracher ou de l'amputer.

D. *Indiquez-nous donc la conduite que doit tenir l'Accoucheur dans tous les cas où le bras de l'enfant s'est engagé le premier?*

R. Cette conduite doit être différente, selon les circonstances que présentent l'état de la femme.

On retournera l'enfant, & on l'amenera par les pieds, toutes les fois que le col de la matrice sera assez souple & assez dilaté à l'instant même où le bras s'y engagera; mais il faudra différer l'accouchement, quel que soit le laps de temps qui se sera écoulé depuis la sortie du

bras, si le col de la matrice est peu effacé, si le bord de l'orifice est dur & peu susceptible de prêter à la dilatation ; s'il y a de la séchereffe, de la chaleur, & de la sensibilité dans cette partie & dans le vagin ; si la matrice est fortement resserrée sur l'enfant, si le ventre de la femme est tendu & douloureux, si le pouls est accéléré & robuste.

Avant d'opérer l'accouchement, dans tous ces cas, on fera faire une ample saignée du bras, qu'on répétera même, si les forces & les circonstances l'exigent ; on mettra la femme dans le bain, si l'on peut se procurer les choses convenables ; & au défaut du bain, on fera des fomentations émollientes sur le ventre, & des injections dans le vagin ; enfin, l'on n'entreprendra de retourner l'enfant, & de l'extraire, qu'après avoir calmé l'état d'éréthisme, & procuré le relâchement de la matrice.

Si l'obstacle à l'introduction de la main ne dépend que du peu de dilatation de l'orifice de la matrice, de ce que le col de ce viscère n'étoit pas complétement développé & ouvert à l'instant où le bras de l'enfant s'y est engagé, il faut attendre que les efforts de l'accouchement aient procuré des dispositions plus favorables, & qu'ils aient opéré la dilatation convenable. On recommandera seulement à la

femme de ne pas faire valoir ſes douleurs, & on la touchera rarement.

D. *Comment doit-on procéder à l'accouchement, après les préparations dont on vient de parler ?*

R. Après s'être bien aſſuré de la véritable poſition de l'enfant dans la matrice ; ce qu'on reconnoît par la ſituation même de l'épaule à l'égard du détroit ſupérieur ; on ira chercher les pieds, en avançant la main, comme on l'a recommandé ci-devant pour les diverſes poſitions de l'une & l'autre épaules : la ſortie du bras ne devant rien changer aux procédés qui ont été décrits alors.

D. *Que devient le bras de l'enfant, lorſque l'Accoucheur introduit ſa main, & qu'il dégage les pieds de cet enfant ?*

R. Si l'Accoucheur ne retient pas la main de l'enfant au dehors pendant qu'il introduit la ſienne, il eſt preſque impoſſible de ne pas la refouler dans le vagin, où les doigts, le poignet & l'avant-bras ſe fléchiſſent d'une manière incommode pour l'opérateur, & quelquefois fâcheuſe pour l'enfant. Si la main de l'enfant n'eſt pas refoulée dans ce premier moment, ſouvent elle diſparoît & remonte à meſure que les pieds s'avancent au dehors, & que les feſſes ſe dégagent ; pour reparoître quelquefois un inſtant après, appliquée ſur l'une des hanches, ou ſur

le ventre. D'autres fois l'avant-bras & le poignet ſe fléchiſſent dans le vagin, comme on vient de le remarquer, & y prennent une poſition différente, relativement au corps de l'enfant, qu'on continue de faire deſcendre. Cette extrémité peut alors ſe porter ſur la poitrine, & dans la ſuite ſur l'un des côtés de la tête & du col, comme on l'obſerve dans preſque tous les accouchemens où l'enfant vient en préſentant les pieds. Elle peut, en d'autres cas, ſe porter vers le dos de l'enfant; &, forcée de ſe relever dans cette direction à meſure que le corps ſe dégage, elle eſt expoſée à ſe luxer ou à ſe fracturer.

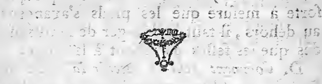
Pour prévenir tant d'inconvéniens, il faut retenir la main de l'enfant au dehors, pendant qu'on pénètre dans la matrice, & qu'on en dégage l'enfant même, de manière que le bras reſte toujours alongé dans le vagin. Si cette main eſt forcée de remonter, & de rentrer en quelque ſorte à meſure que les pieds s'avancent au dehors, il faut la dégager de nouveau, dès que les feſſes paroiſſent à la vulve.

D. *Comment peut-on retenir la main de l'enfant au dehors, pendant qu'on va chercher les pieds?*

R. Comme il ſeroit incommode, même difficile, que l'Accoucheur pût la retenir d'une main, tandis qu'il opère de l'autre, nous conſeillons de placer un ruban au

poignet, comme nous avons recommandé de s'en servir pour le pied, dans une autre circonstance.

L'Accoucheur, d'une main un peu éloignée des parties de la femme, tirera sur ce ruban autant qu'il le faudra pour tenir le bras de l'enfant alongé, pendant qu'il introduira l'autre main dans la matrice, & qu'il en dégagera les pieds. Il cessera de tirer sur ce ruban, pendant que les pieds descendront, pour que l'épaule de l'enfant puisse, dans ce moment, s'éloigner du détroit supérieur, & que la main puisse remonter jusques dans le vagin. Mais il s'en servira de nouveau, pour faire redescendre cette main aussi-tôt que les fesses paroîtront à la vulve; & jusqu'à ce qu'il puisse saisir de ses deux mains, le bras & la partie inférieure du tronc de l'enfant en même temps.




pl. XXIV.
pag. 496.
Bioße . sculp



ARTICLE III.

Des Accouchemens dans leſquels l'enfant préſente un des côtés proprement dit, & la hanche (a).

SECTION PREMIÈRE.

Des ſignes qui font reconnoître ces parties, & du jugement qu'on doit porter de l'accouchement.

D. *A quels ſignes reconnoîtra-t-on que l'enfant préſente un des côtés & la hanche?*

R. On reconnoît aiſément cette partie en touchant la femme après l'ouverture de la poche des eaux. On diſtingue les côtes & la crête de l'os des îles. Quand c'eſt la hanche même qui ſe préſente, on peut porter quelquefois le doigt juſqu'à l'anus, & aux parties ſexuelles de l'enfant.

Il n'eſt pas plus difficile de juger ſi c'eſt le côté droit ou le côté gauche qui ſe préſente.

D. *De combien de manières ces parties peuvent-elles ſe préſenter au détroit ſupérieur?*

R. Le côté & la hanche peuvent ſe préſenter de quatre manières.

(a) La Planche XXVI montre l'enfant dans l'attitude où il eſt, quand il préſente la hanche.

Dans la première poſition, l'aiſſelle de l'enfant eſt appuyée ſur le pubis de la mère, & les feſſes & les pieds répondent à la partie poſtérieure de la matrice; la poitrine regarde la foſſe iliaque gauche, lorſque c'eſt le côté droit qui ſe préſente; & la foſſe iliaque droite, quand c'eſt le côté gauche.

Dans la ſeconde, l'aiſſelle de l'enfant eſt au-deſſus du ſacrum, & les feſſes répondent à la partie antérieure de la matrice, près le pubis. La poitrine regarde la foſſe iliaque droite, lorſque c'eſt le côté droit qui ſe préſente ainſi; & la foſſe iliaque gauche, lorſque c'eſt le côté gauche.

Dans la troiſième, l'aiſſelle eſt appuyée ſur le bas de la foſſe iliaque gauche, & les feſſes occupent la foſſe iliaque droite; la poitrine eſt couchée tranſverſalement ſur la colonne lombaire de la mère, lorſque c'eſt le côté droit; & ſous la partie antérieure de la matrice, quand c'eſt le côté gauche.

Dans la quatrième, l'aiſſelle eſt appuyée ſur le bas de la foſſe iliaque droite, & les feſſes ſont placées ſur la gauche. La poitrine de l'enfant eſt ſous la partie antérieure de la matrice, lorſque c'eſt le côté droit qui ſe préſente; & couchée tranſverſalement ſur la colonne lombaire, lorſque c'eſt le côté gauche.

D. *Quel jugement doit-on porter de l'accouchement où l'enfant préſente le côté & la hanche ?*

R. L'on a vu l'accouchement s'opérer naturellement en pareil cas ; parce que les feſſes de l'enfant, toujours alors très-près du détroit ſupérieur, ſe ſont inſenſiblement rapprochées de ce détroit, par une ſuite des efforts même de l'accouchement, & ſe ſont engagées comme elles le font lorſqu'elles ſe préſentent en premier lieu. Ce changement de poſition s'opère rarement de ſoi-même, & plus rarement encore, lorſque c'eſt le côté proprement dit qui ſe préſente, que dans le cas où c'eſt l'une des hanches.

Lorſque c'eſt une hanche, on peut eſpérer de faire venir les feſſes de l'enfant comme d'elles-mêmes au détroit ſupérieur, en faiſant coucher la femme, avant l'ouverture de la poche des eaux, ſur le côté même où répondent les feſſes. On la fera donc coucher ſur le dos, toutes les fois que la hanche eſt placée de manière que les feſſes ſe trouvent appuyées contre la partie poſtérieure & inférieure de la matrice ; ſur le côté gauche, lorſque les feſſes de l'enfant ſeront ſur la foſſe iliaque de ce côté ; & ſur le côté droit, quand elles répondront au côté droit du baſſin. L'on ne doit rien attendre de la ſituation de la femme, dans le cas

où la hanche est placée de manière que le fesses sont au-dessus du pubis.

Si l'on parvient à ramener ainsi les fesses de l'enfant à l'entrée du bassin, il faudra se conduire, pour le reste, comme on l'a prescrit en parlant des accouchemens où ces parties se présentent naturellement à l'orifice de la matrice. Si l'on ne pouvoit obtenir cet avantage de la seule situation de la femme, il faudroit dégager les pieds de l'enfant, comme on l'a fait dans toutes les circonstances décrites jusqu'ici, c'est-à-dire, en portant la main dans la matrice.

SECTION II.

De la manière d'opérer l'accouchement dans les divers cas où l'enfant présente le côté & la hanche.

D. COMMENT *doit-on procéder à l'accouchement dans la première position du côté & de la hanche?*

R. Toutes les fois qu'on pourra procéder à l'accouchement à l'instant où les eaux s'écouleront, on introduira l'une ou l'autre main en montant le long de la partie postérieure de la matrice, sur la hanche & les fesses de l'enfant; jusqu'à ce qu'on puisse accrocher les pieds, de manière à

les entraîner en retirant cette main. On obſervera, pendant qu'on entraînera les pieds, de tenir la femme couchée à plat ſur le dos, & d'appuyer légérement ſur le ventre, à deſſein de diminuer l'obliquité antérieure de la matrice.

On réuſſit aiſément, quand c'eſt la hanche même qui ſe préſente; mais on y trouve quelquefois beaucoup de difficultés, lorſque c'eſt le côté, & ſur-tout quand il y a long-temps que les eaux de l'amnios ſont écoulées. Dans ce dernier cas, il vaudra mieux ſe comporter de la manière ſuivante.

Lorſque c'eſt le côté droit, on introduit la main droite en montant le long du côté gauche de la matrice, juſqu'à ce qu'on puiſſe atteindre les pieds & les dégager, en les ramenant ſur la poitrine de l'enfant même, comme on l'a preſcrit pour la première poſition de l'épaule droite.

Lorſque c'eſt le côté gauche, on introduit la main gauche en montant vers la foſſe iliaque droite, pour dégager les pieds, comme à l'occaſion de la première poſition de l'épaule gauche.

D. *Comment doit-on procéder à l'accouchement dans la ſeconde poſition du côté & de la hanche?*

R. Dans la ſeconde poſition du côté droit, on doit introduire la main gauche en montant vers la partie latérale droite de la matrice, & en la recourbant un

peu vers le dessus du pubis, jusqu'à ce que l'on soit parvenu aux genoux de l'enfant, & de-là sur les pieds; pour les entraîner ensemble, ou l'un après l'autre, comme à l'occasion de la seconde position de l'épaule droite.

Lorsque c'est la hanche qui se présente, on pourra se contenter d'accrocher les genoux, & de les entraîner; parce qu'il est alors difficile de dégager les pieds en premier lieu.

Quand c'est le côté ou la hanche gauche qui se présente, on introduit la main droite en suivant le côté gauche de la matrice, pour parvenir aux pieds, ou aux genoux de l'enfant, & les dégager; comme on l'a fait pour la seconde position de l'épaule gauche.

D. *Comment doit-on procéder à l'accouchement dans la troisième position du côté ou de la hanche?*

R. Lorsque c'est le côté droit qui se présente, on doit introduire la main droite, en la passant au-dessous de l'enfant même, en dirigeant les doigts le long de la partie postérieure de la matrice, & un peu vers le côté droit de la femme, jusqu'à ce qu'ils soient parvenus sur la hanche, la cuisse & le genou; d'où on ira prendre les pieds, pour les dégager, en observant tout ce qui a été prescrit à l'occasion de la troisième position de l'épaule droite.

Si la hanche même se présentoit, il suffiroit de prendre les genoux, alors très-près du détroit supérieur, & appuyés sur la partie postérieure de la matrice.

Lorsque c'est le côté gauche qui se présente dans la troisième position, si les eaux de l'amnios sont évacuées depuis long-temps, il faut aller chercher les pieds, en introduisant la main gauche sous la partie latérale droite & antérieure de la matrice, comme on l'a recommandé pour la troisième position de l'épaule gauche.

Si c'est la hanche gauche qui se présente, on avancera la main gauche vers la fosse iliaque droite, jusqu'à ce que les doigts puissent embrasser les pieds & les fesses de l'enfant, de manière à entraîner le tout au détroit supérieur, pour ne tirer dès-lors que sur les pieds.

On peut aller prendre les pieds de la même manière dans la troisième position de l'un & l'autre côtés, ainsi que de la hanche droite, lorsqu'on opère l'accouchement au moment de l'ouverture de la poche des eaux.

D. *Comment doit-on procéder à l'accouchement dans la quatrième position du côté ou de la hanche ?*

R. Dans cette quatrième position, soit du côté droit, soit du côté gauche, si les eaux de l'amnios ne font que de s'écouler, on introduira la main droite

en montant vers la fosse iliaque gauche, sur laquelle les fesses & les pieds se trouvent appuyés : on entraînera toutes ces parties au détroit supérieur, pour ne dégager ensuite que les pieds.

Quoique les eaux soient évacuées depuis long-temps, on pourra se conduire encore de cette manière, si c'est l'une des hanches qui se présente dans la position assignée ; parce que les fesses & les pieds sont alors très-près du détroit supérieur : mais on pourroit y rencontrer de grandes difficultés, si c'étoit l'un des côtés.

Lorsque c'est le côté droit qui se présente, il vaut mieux introduire la main droite, en montant vers le devant de la fosse iliaque gauche, & sous la partie antérieure de la matrice, pour dégager les pieds, comme à l'occasion de la quatrième position de l'épaule droite. Lorsque c'est le côté gauche, on avancera la main gauche au-dessous de l'enfant même, en suivant la partie postérieure & latérale gauche de la matrice, pour dégager les pieds, comme on l'a fait à l'occasion de la quatrième position de l'épaule gauche.

❀

CHAPITRE



challi . del .

CHAPITRE VI.

De la groſſeſſe & de l'accouchement de pluſieurs enfans ; de l'avortement ou fauſſe-couche ; du faux travail & des fauſſes groſſeſſes.

ARTICLE PREMIER.

De la groſſeſſe & de l'accouchement de pluſieurs enfans.

D. *DE combien d'enfans la femme peut-elle être enceinte à la fois, & comment déſigne-t-on ces enfans?*

R. Il exiſte beaucoup d'exemples de groſſeſſes compoſées de deux enfans ; quelques-uns de groſſeſſes de trois enfans ; mais à peine un ſeul bien conſtaté de quatre enfans. On ſe ſert du mot de *jumeaux*, de *tri-jumeaux*, de *quadri-jumeaux*, pour déſigner le nombre d'enfans portés à la fois dans le ſein de la femme.

D. *Quand il exiſte pluſieurs enfans, ont-ils été conçus en même temps?*

R. Le plus ſouvent ils ſont le fruit d'une ſeule & même conception ; en admettant

la propoſition contraire, il faudroit convenir que ces enfans ont été conçus à des époques très-rapprochées, comme dans le cours de la même heure ou du même jour; ce qui ne s'accorde pas avec l'opinion la plus générale. Quelquefois cependant les jumeaux ont été conçus à des époques plus éloignées, même à pluſieurs mois de diſtance, & la femme en eſt accouchée à des intervalles également marqués. La poſſibilité de la ſuperfétation eſt établie ſur des faits ſi poſitifs, qu'on ne peut en douter; mais on ne convient pas encore qu'une femme, qui n'a qu'une ſeule matrice, & qui eſt déjà groſſe, puiſſe concevoir un ſecond enfant, ou un troiſième, &c.; parce qu'il n'eſt pas démontré que cet organe n'étoit pas double dans les cas où la ſuperfétation a eu véritablement lieu: l'on connoît pluſieurs exemples d'une pareille conformation.

D. *Dans la groſſeſſe compoſée, chacun des enfans a-t-il ſes enveloppes particulières & ſon placenta diſtinct?*

R. Le plus ſouvent il ne paroît y avoir qu'un ſeul placenta pour les jumeaux; ou les deux arrière-faix ſont tellement rapprochés, même réunis, qu'ils ſemblent ne former qu'une ſeule maſſe, de laquelle naiſſent autant de cordons qu'il y a d'enfans. Dans ce même cas, il n'y a auſſi qu'une ſeule membrane appellée *chorion*; mais

preſque toujours chaque fœtus eſt dans une poche particulière formée par la membrane amnios, de ſorte que les eaux qui baignent la ſurface de l'un, ne peuvent mouiller la ſurface de l'autre.

Quelquefois il s'eſt trouvé autant de placenta qu'il y avoit d'enfans, & dans le cas même où il n'exiſtoit qu'une ſeule membrane appellée *chorion.* On a vu également chez d'autres femmes, que chaque fœtus avoit ſon placenta, ſon chorion, ſon amnios & ſes eaux. Enfin, l'on a obſervé que les jumeaux étoient renfermés dans une ſeule & même poche, de ſorte qu'ils étoient baignés par les mêmes eaux.

D. *Les jumeaux ſe développent-ils également, prennent-ils le même accroiſſement, préſentent-ils la même force, la même groſſeur, au terme de la naiſſance; & ſont-ils toujours de même ſexe?*

R. En général, les jumeaux ſont plus petits au terme de la naiſſance, qu'un enfant qui a été porté ſeul, le même eſpace de temps; toutes choſes étant égales d'ailleurs, du côté de la ſanté & de la conſtitution de la mère. On obſerve de plus qu'un des jumeaux eſt un peu plus gros & plus fort que l'autre.

Le plus ſouvent les jumeaux ſont de même ſexe; mais l'on a vu naître auſſi un garçon & une fille; conſéquemment des enfans de l'un & l'autre ſexes.

D. *Un des jumeaux ne peut-il pas mourir avant le terme de la naiſſance, & expoſer, par ſon voiſinage, la vie du ſecond enfant?*

R. Un des enfans peut mourir en effet, même ſe putréfier long-temps avant l'accouchement; mais, quoique mort & même putréfié, il n'influe pas toujours ſur le développement du ſecond. L'on a vu naître dans le même moment un enfant bien portant & un autre putréfié à l'excès. Quelquefois ce dernier paroiſſoit du même terme que le premier; d'autres fois il ne ſembloit que du terme de ſept mois, de ſix, & même au-deſſous. Mais ces jumeaux étoient dans des poches particulières formées par la membrane amnios, de ſorte qu'ils ne pouvoient ſe toucher immédiatement, ni être baignés par les mêmes eaux.

On a vu des femmes avorter d'un enfant mort à un terme quelconque de la groſſeſſe, & porter l'autre enfant juſqu'à l'époque du neuvième mois.

D. *La femme qui eſt enceinte de pluſieurs enfans, les porte-t-elle juſqu'à l'époque du neuvième mois?*

R. Il eſt rare que la durée de ces ſortes de groſſeſſe ſoit parfaitement égale à celle d'une groſſeſſe ordinaire; la plupart des femmes accouchent alors vers le milieu du neuvième mois, & quelques-unes même

un peu plutôt, ſans qu'aucune cauſe étrangère à la groſſeſſe puiſſe être ſoupçonnée d'y contribuer.

D. *Quel eſt celui des jumeaux qui eſt l'aîné ?*

R. On accorde ce titre à celui des enfans qui vient au monde le premier, quoique le commun des hommes ſe perſuade encore que cet enfant a été conçu le dernier.

SECTION PREMIÈRE.

Des ſignes de la groſſeſſe compoſée de pluſieurs enfans.

D. PEUT-ON *reconnoître avant le moment de l'accouchement, s'il exiſte pluſieurs enfans?*

R. Les ſignes qui dénotent l'exiſtence de pluſieurs enfans ſont on ne peut plus obſcurs avant les ſix ou ſept premiers mois de la groſſeſſe. On ne peut que le préſumer d'après le volume extraordinaire du ventre ; ſa diviſion en deux tumeurs, par la dépreſſion ſuperficielle de la ligne blanche ; ainſi que des mouvemens qui ſe paſſent dans la matrice, & ſouvent en pluſieurs endroits à la fois : mais après le ſixième, & ſur-tout le ſeptième mois, le toucher peut nous faire connoître, chez quelques femmes, s'il y

a plusieurs enfans ou un seul. Si l'on ne peut encore introduire le doigt dans l'orifice de la matrice, à cette époque, on recherche en palpant aux environs de cet orifice, quelle est la partie que l'enfant présente au détroit supérieur; si c'est la tête, on remarque quelle en est à-peu-près la grosseur & la mobilité; on l'agite un peu au moyen du doigt, tandis que de l'autre main placée à l'extérieur, on palpe le ventre, pour reconnoître le lieu où se trouvent les fesses & les pieds de ce même enfant, ce qu'on distingue en certains cas avec une facilité étonnante. Il existe plusieurs enfans, quand la tête qui se présente en en bas, est petite, peu mobile, & comme fixée sur l'entrée du bassin; quand le ventre de la femme est en même temps volumineux, la matrice fort élevée & très-large d'un côté à l'autre; quand la femme éprouve de fréquens mouvemens, mais obscurs, comme gênés, & en divers endroits à la fois.

S'il n'y avoit qu'un enfant dans une matrice aussi spacieuse, & un enfant aussi petit que nous l'annonçons, il y seroit extrêmement mobile; on l'agiteroit aisément au moyen du doigt porté dans le vagin, & la femme en éprouveroit des mouvemens très-étendus & très-libres; parce que cet enfant seroit alors au milieu

d'une maſſe d'eau conſidérable, relativement à ſon volume.

On diſtingue quelquefois les deux enfans en palpant le ventre de la femme. S'il eſt poſſible de ſe tromper en quelques cas d'après l'enſemble de ces ſignes, on ne peut du moins conſerver de doute au temps de l'accouchement. Quand il exiſte pluſieurs enfans, le ventre de la femme reſte très-gros après la ſortie du premier; la matrice s'élève encore au-deſſus de l'ombilic, & préſente, toutes proportions gardées, autant de largeur d'un côté à l'autre, que de hauteur: le doigt porté dans l'orifice même de ce viſcère, fait alors reconnoître évidemment l'exiſtence du ſecond enfant.

SECTION II.

De la manière dont s'opère l'accouchement lorſqu'il y a pluſieurs enfans; & de ce que doit faire l'Accoucheur dans tous ces cas.

D. COMMENT *s'opère l'accouchement, dans le cas où il exiſte pluſieurs enfans?*

R. Le plus ſouvent il s'opère auſſi naturellement que s'il n'y avoit qu'un ſeul enfant; parce que les jumeaux ſe préſentent ſucceſſivement, & dans une bonne

position, à l'orifice de la matrice. On remarque seulement que la sortie du premier se fait un peu plus lentement, toutes choses égales d'ailleurs, que celle d'un enfant qui seroit seul dans la matrice.

L'expulsion du second enfant, quand il est bien tourné, exige peu d'efforts de la part de la femme; parce que le premier lui a préparé la voie. Il est rare que la sortie de ce second enfant tarde au-delà d'une demi-heure; & le plus souvent la femme n'éprouve que deux ou trois douleurs pour s'en délivrer.

Si l'on a vu un second enfant demeurer plusieurs jours dans le sein de sa mère après la sortie du premier, c'est parce qu'il étoit situé de manière à ne pouvoir venir seul; c'est parce qu'on ne l'a point reconnu, & qu'on a pris les douleurs que la femme éprouvoit pour de simples tranchées de couches.

D. *L'accouchement peut-il s'opérer naturellement, toutes les fois qu'un des jumeaux se présente bien à l'orifice de la matrice?*

R. Non: il arrive quelquefois qu'il ne peut s'opérer de cette manière, parce que le second enfant est placé de façon qu'il s'oppose en quelque sorte à l'action immédiate de la matrice sur le premier (*a*).

(*a*) Nous pourrions rapporter ici des observations intéressantes, en preuve de ce que nous avançons.

D. *Que faudroit-il faire si l'enfant, quoique bien situé, s'engageoit peu, malgré la force des douleurs, ou s'il cessoit d'avancer après s'être engagé?*

R. Il faut extraire cet enfant après le délai convenable, pour s'assurer qu'il ne peut sortir naturellement. On se servira du forceps, si la tête est très-basse; on dégagera les pieds, si ce sont eux qui se présentent; on accrochera les hanches au moyen de l'index de l'une & l'autre mains, si ce sont les fesses qui ont été poussées en avant; on se conduira enfin, dans tous ces cas, comme si l'enfant étoit seul dans la matrice.

D. *Que doit-on faire dans ces mêmes cas, après la sortie du premier enfant?*

R. On doit s'assurer de la manière dont le second se présente à l'orifice de la matrice, & le laisser venir naturellement, s'il se présente bien; se bornant alors à solliciter les contractions de la matrice, en faisant des frictions sur le ventre de la femme, au moyen d'une main.

Lorsque le second enfant se présente en mauvaise situation, on doit le retourner; mais après en avoir dégagé les pieds, on attendra, pour l'extraire, que la matrice se soit bien contractée, & que la femme éprouve de nouvelles douleurs; afin de prévenir l'affaissement de ce viscère, & d'empêcher qu'il ne tombe dans une sorte

d'inertie ; ſuite aſſez ordinaire d'un accouchement trop prompt.

D. *Que faudroit-il faire, quand il y a pluſieurs enfans, ſi le travail de l'accouchement étoit compliqué d'accidens ?*

R. Il faudroit opérer l'accouchement comme on l'a preſcrit en faiſant mention de ces mêmes accidens.

D. *Indiquez-nous quelques-unes des poſitions que les jumeaux peuvent prendre, ſoit à l'égard de l'orifice de la matrice, ſoit reſpectivement l'un à l'autre.*

R. 1°. Les jumeaux peuvent préſenter la tête au détroit ſupérieur ; mais celle de l'un ne peut alors s'engager dans ce détroit, qu'autant que celle de l'autre s'en écarte, en remontant vers l'une des foſſes iliaques. Quand elles ſont preſſées également ſur la marge du baſſin, aucune ne peut s'engager, & l'accouchement devient impoſſible ſans les ſecours de l'Art.

2°. La poſition reſpective des jumeaux eſt quelquefois telle, qu'ils ſe croiſent de manière que la tête de l'un ſe trouve appuyée ſur le bas de la foſſe iliaque gauche, tandis que les feſſes & les pieds répondent à la partie latérale droite de la matrice; la tête du ſecond ſur le bas de la foſſe iliaque droite, & les feſſes ainſi que les pieds ſous le côté gauche de la matrice.

3°. Un des enfans peut présenter la tête convenablement, & l'autre les deux pieds, ou bien un seul.

4°. L'un d'eux peut offrir la tête, tandis que le second sera couché transversalement sur la partie postérieure, ou sous la partie antérieure de la matrice.

5°. L'un peut présenter les fesses, tandis que le suivant présentera la tête.

6°. Quelquefois le premier présente le bras, ou toute autre partie, & le second s'avance dans la suite convenablement, pour qu'il puisse sortir sans aucun secours.

7°. L'un & l'autre peuvent présenter les pieds en même temps à l'orifice de la matrice; ou bien ils se succéderont dans cette position.

8°. Le cordon ombilical de l'un peut sortir à l'instant de l'ouverture de la poche des eaux, & l'autre se présenter de manière à venir le premier, &c.

D. *Dites-nous comment on doit procéder à l'accouchement dans tous ces cas?*

R. Quelle que soit la cause qui s'oppose à la sortie du premier enfant, lorsque la tête a été poussée jusqu'au fond du bassin, il faut opérer l'accouchement comme nous l'avons déjà dit plus haut. Mais l'on ne doit retourner l'enfant, en pareils cas, qu'autant qu'on ne peut se procurer le forceps, & quelqu'un qui sache l'appliquer.

1°. Lorſque les jumeaux préſentent la tête dans le voiſinage du détroit ſupérieur, de manière que celle de l'un s'oppoſe à la deſcente de celle de l'autre, il faut eſſayer d'en écarter une de ce détroit; & ſi l'on ne peut y parvenir, on ira prendre les pieds de l'un de ces enfans, on le retournera, & l'on en fera l'extraction à l'ordinaire. On aura l'attention ſeulement de n'extraire ce premier enfant que dans l'intervalle des douleurs, & de recommander à la femme de ne faire alors aucun effort, dans la crainte que la tête du ſecond, déjà dans le voiſinage du détroit ſupérieur, ne ſoit pouſſée en avant, ou qu'elle ne ſoit comme entraînée par l'autre, de manière à s'oppoſer fortement à ſa ſortie.

Si le ſecond enfant, après l'iſſue du premier, ſe préſente bien, on le laiſſera venir; s'il ſe préſente mal, on l'amenera par les pieds.

2°. Lorſque les jumeaux ſe croiſent dans la matrice, de manière que la tête de l'un & l'autre ſe trouve appuyée ſur les foſſes iliaques, il faut aller prendre les pieds de celui qui eſt en deſſous, le retourner & l'extraire avec les précautions recommandées précédemment.

L'on ſe conduira dans la ſuite, à l'égard du ſecond, ſelon la manière dont il ſe préſentera.

3°. Quand l'un des enfans présente la tête & l'autre les pieds, il faut se conduire différemment, selon que ces derniers seront plus ou moins engagés. On repoussera ces extrémités, le plus qu'on pourra, sur l'une des fosses iliaques, s'ils se présentent simplement à l'orifice de la matrice, pour que la tête de l'autre enfant puisse s'engager librement & sortir. Mais si ces mêmes extrémités étoient à la vulve, & la tête de l'autre enfant très-éloignée, il faudroit les dégager, & extraire cet enfant en premier lieu, après avoir repoussé la tête de l'autre.

4°. On laissera venir l'enfant dont la tête se présente; & on retournera le second, pour l'amener par les pieds, s'il se trouve dans la suite placé transversalement sur le détroit supérieur.

5°. Quand l'un des enfans présente les fesses, si elles sont très-engagées, on les accrochera d'un doigt légérement recourbé sur le pli des aînes, comme on l'a recommandé ailleurs; ou bien on ira chercher les pieds, si elles ne peuvent descendre à ce point. Mais on laissera aux soins de la nature, l'expulsion du second enfant, s'il se présente bien.

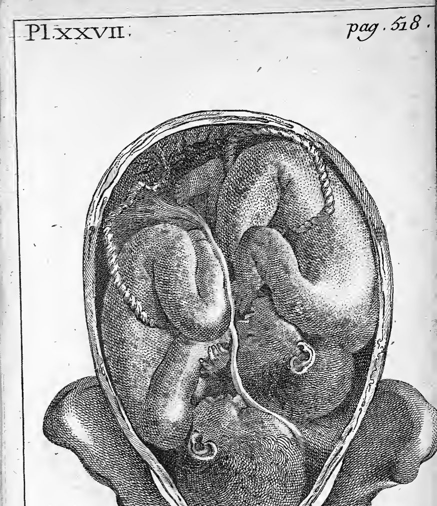
6°. Lorsqu'un des enfans présente le bras, au point que la main soit au dehors, il faut le retourner & l'amener par les pieds; à moins que la tête de l'autre ne

se soit profondément engagée en même temps que ce bras ; car il faudroit alors laisser venir cette tête, ou l'extraire avec le forceps, si elle ne pouvoit sortir.

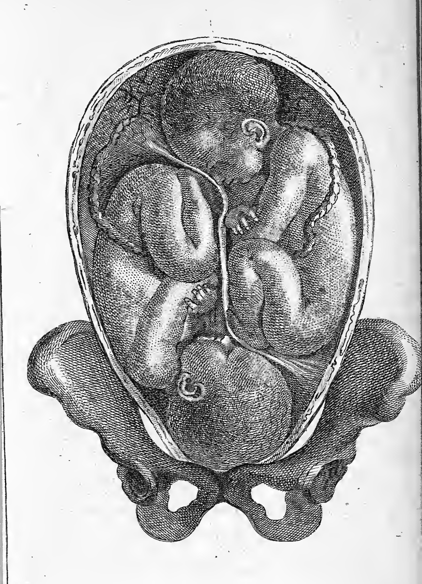
7°. Quand l'un & l'autre jumeaux présentent les pieds en même temps ; trouvant alors trois ou quatre de ces extrémités à l'orifice de la matrice, il faut s'assurer, avant de ne rien entreprendre, si elles appartiennent à un enfant monstrueux, comme l'on en connoît des exemples, ou bien à deux jumeaux ordinaires. Quand toutes ces extrémités appartiennent à un enfant monstrueux, on les dégage à la fois ; mais lorsqu'elles appartiennent à deux enfans, il ne faut dégager que les pieds de celui qu'on doit extraire en premier lieu, & repousser ceux du second enfant.

8°. Il est assez difficile de reconnoître si le cordon qui s'est précipité au dehors, à l'instant de l'ouverture de la poche des eaux, appartient au jumeau qui a commencé à s'engager, ou à l'autre : mais voici quelques règles de conduite relativement à l'accouchement.

Si la tête de l'un de ces enfans se trouve très-avancée, & disposée à sortir promptement, on la laissera venir, quel que soit celui des enfans à qui appartient le cordon qui est au dehors ; mais on fera l'extraction de cette tête, au moyen du



Biosse. Sculp.



Challi. del.

forceps, ſi elle ne peut venir naturellement & auſſi promptement; pour ſe comporter enſuite à l'égard du ſecond enfant, ſelon la manière dont il ſe préſentera. Lorſqu'aucun des enfans ne paroît diſpoſé à ſortir, à l'inſtant où le cordon s'échappe, il faut aller prendre les pieds, & retourner celui à qui appartient ce cordon, &c. (*a*).

ARTICLE II.

De l'avortement.

D. *Qu'entendez-vous par avortement?*

R. L'avortement eſt l'expulſion du fœtus & de ſes dépendances avant le terme de ſa maturité; c'eſt-à-dire, avant qu'il ne ſoit aſſez fort & aſſez développé, pour continuer de vivre après ſa naiſſance, quelques ſoins qu'on donne alors à ſa conſervation. Tout accouchement qui ſe fait avant le ſeptième mois de la groſſeſſe, eſt un avortement.

D. *Le mot de fauſſe-couche ſignifie-t-il autre choſe que le mot avortement?*

(*a*) L'on a expoſé ailleurs les préceptes qui ſont relatifs à la délivrance après l'accouchement de pluſieurs enfans. *Voyez* le Chapitre de la Délivrance, *page* 264.

(*b*) Les Planches XXVII & XXVIII repréſentent les jumeaux dans la poſition où ils ſe trouvent le plus ſouvent, reſpectivement l'un à l'autre.

R. Ces deux mots expriment la même chose. Une fausse-couche est un avortement : c'est l'expulsion d'un fœtus qui n'est point à terme. Dans le langage commun, on préfère le mot *fausse-couche* à celui d'avortement, qui semble affecté plus spécialement à l'espèce des brutes. L'expulsion d'une môle, de ces masses d'hydatides, de ces amas de sang ou d'eau, qui constituent les fausses grossesses dont nous parlerons ci-après, doit également s'exprimer par le mot *fausse-couche*.

SECTION PREMIÈRE.

Des causes & des signes de l'avortement.

D. *INDIQUEZ-NOUS les causes qui peuvent donner lieu à l'avortement?*

R. Ces causes sont en grand nombre : les unes proviennent de l'enfant même, les autres de la mère, & il y en a qui sont purement accidentelles.

Les maladies dont l'enfant peut être affecté avant sa naissance, & qui peuvent influer alors sur sa vie, doivent être regardées comme autant de causes éloignées de l'avortement ; parce que la matrice irritée par la présence d'un enfant mort, ne tarde pas à faire des efforts pour l'expulser.

Les maladies aiguës ou chroniques de-

la femme peuvent également donner lieu à l'avortement, ſoit en influant ſur la vie de l'enfant, ſoit en troublant l'ordre du développement de la matrice.

La ténuité des enveloppes du fœtus eſt ſouvent une autre cauſe d'avortement; parce que ces enveloppes ſe déchirent aux moindres efforts, & laiſſent échapper les eaux quelquefois long-temps avant le terme de la maturité de la groſſeſſe.

La foibleſſe organique, l'extrême rigidité, & l'excès de ſenſibilité de la matrice, produiſent également l'avortement.

L'abus des plaiſirs de l'amour en eſt une cauſe beaucoup plus ordinaire. Les paſſions déſordonnées, l'exercice forcé, les courſes à cheval, le cahot des voitures, la danſe, le chant, le rire immodéré, ainſi que les coups, les chûtes, & les efforts inconſidérés pour aller à la garde-robe, peuvent également provoquer l'avortement. Nous ne développerons pas ici la manière d'agir de chacune de ces cauſes; parce que cette explication ſeroit inutile pour des Sages-femmes.

D. *Quels ſont les ſymptomes qui dénotent qu'une femme eſt menacée d'avorter?*

R. Quelquefois le travail de l'avortement ſe déclare ſans qu'aucun ſymptome n'ait annoncé qu'il étoit à craindre, ou que la femme en étoit menacée. D'autres fois, & c'eſt le cas le plus ordinaire, la femme

reſſent auparavant une ſorte de laſſitude dans toute l'habitude du corps, de peſanteur & de douleurs dans les membres; ſon pouls eſt fréquent, élevé, dur, irrégulier, & comme fébrile; le viſage eſt comme décompoſé, les yeux paroiſſent enfoncés, & les paupières comme livides; la femme ſe plaint d'une peſanteur dans le fond du bas-ventre, au-deſſus de l'anus, accompagnée d'un tiraillement douloureux vers les lombes & les aînes; les mouvemens de l'enfant deviennent plus fréquens, ou plus obſcurs, ou bien la femme n'en reſſent aucun, ſi ce n'eſt une eſpèce de ballottement; il ſe manifeſte un écoulement glaireux, quelquefois ſéreux & rouſſeâtre, d'autres fois de ſang pur; enfin il ſurvient des douleurs ſemblables à celles de l'accouchement. Ces derniers ſymptomes dénotent un avortement prochain; & l'enſemble des autres annonce ſeulement que la femme en eſt menacée.

D. *L'avortement a-t-il lieu toutes les fois que quelques-uns de ces ſymptomes ſe manifeſtent?*

R. Non: l'on a vu des femmes perdre du ſang abondamment, même à diverſes repriſes, & éprouver une longue ſuite de douleurs, ſoit avec perte, ſoit ſans perte, & ne point avorter. On peut eſpérer que l'avortement n'aura pas lieu, ſi l'orifice

de la matrice reſte fermé malgré la continuité des douleurs ; ſi le col de ce viſcère ne perd rien de ſa longueur ; ſi les mouvemens de l'enfant continuent de ſe faire ſentir, &c. L'on eſt parvenu quelquefois à rétablir le calme, quoique le travail de l'avortement eût été plus avancé; puiſque le col de la matrice étoit aſſez dilaté pour permettre d'y porter librement le doigt, & que la poche des eaux commençoit à s'y engager.

SECTION II.

Des moyens de prévenir l'avortement ; & des ſecours qu'on doit donner à la femme dans le temps même où il ſe fait.

D. QUELS *ſont les moyens de prévenir l'avortement ?*

R. Rien ne ſauroit empêcher l'avortement, lorſqu'il a pour cauſe éloignée, les maladies aiguës ou chroniques de la femme; parce qu'on ne peut empêcher que ces maladies n'influent quelquefois ſur la groſſeſſe.

Il eſt également impoſſible de s'oppoſer à l'avortement, lorſqu'il a pour cauſe les maladies & la mort de l'enfant. Mais un bon régime, un exercice modéré, les bains froids, long-temps continués avant

& même pendant la grossesse, l'ont souvent prévenu, lorsqu'il n'avoit pour cause éloignée, que la foiblesse des organes de la femme ; & au moyen de ce régime, bien des femmes, après plusieurs fausses-couches, ont porté leurs enfans jusqu'au terme ordinaire.

Le régime humectant, les bains chauds, des petites saignées répétées à propos, ont procuré le même avantage aux femmes qui avoient la matrice extrêmement irritable & sensible.

L'avortement pouvant être la suite des grandes passions de l'ame, d'un exercice pénible, de la gêne occasionnée par des habits trop serrés, de grands efforts pour aller à la garde-robe, &c., des efforts du vomissement & de la toux ; on le préviendra en éloignant toutes ces causes, & en modérant celles qu'on ne peut détruire entiérement.

D. *Quels sont les moyens de s'opposer à l'avortement, quand quelques-uns de ses symptomes avant-coureurs se sont déjà manifestés ?*

R. Lorsque la grossesse a été vivement ébranlée par quelque cause que ce soit, on fera garder le repos à la femme, on lui prescrira des boissons tempérantes & des potions calmantes ; & on lui fera observer un régime analogue. On lui tirera quelques palettes de sang du bras, si le

pouls eſt plein & accéléré ; ſi elle reſſent de la douleur dans le bas-ventre, de la peſanteur vers le fond de cette cavité, au-deſſus du fondement ; ſi les mouvemens de l'enfant ſont devenus plus obſcurs, s'ils font une impreſſion douloureuſe, s'il exiſte un écoulement ſéreux ou ſanguinolent, qui menace d'augmenter, &c.

D. *Quels ſont les ſecours qu'on doit donner à la femme, dans le temps même de l'avortement ?*

R. Ces ſecours doivent être différens, ſelon les circonſtances qui peuvent compliquer l'état de la femme, & ſelon le terme de la groſſeſſe auquel ſe fait l'avortement.

L'expulſion du fœtus & de l'arrière-faix doit être confiée aux ſoins de la nature, toutes les fois qu'il n'exiſte pas d'accidens alarmans ; tels qu'une hémorrhagie, des convulſions, &c.

Lorſque la femme n'éprouve que les douleurs inſéparables des contractions de la matrice, ſans leſquelles l'expulſion du fœtus & de l'arrière-faix ne ſauroit s'opérer, on attend patiemment ; on évite de porter le doigt trop fréquemment à l'orifice de la matrice, comme le font la plupart des Sages-femmes, dans l'eſpoir de le dilater ; & l'on s'abſtient plus ſoigneuſement encore d'ouvrir la poche des eaux, dès qu'elle commence à ſe former

à travers cet orifice ; car on retarderoit ſouvent de beaucoup la délivrance, en touchant fréquemment, & en faiſant écouler les eaux prématurément. On doit ſe rappeller qu'il en coûte moins d'efforts à la nature, pour expulſer la totalité du produit de la conception à la fois, & comme en une ſeule maſſe, avant le troiſième mois de la groſſeſſe, que pour le faire en détail, comme dans l'accouchement ordinaire.

Quand la poche des eaux ſe déchire de trop bonne heure, dans l'avortement qui ſe fait avant le troiſième mois de la groſſeſſe, ce fluide & le fœtus ſont expulſés auſſi-tôt, & l'arrière-faix, beaucoup plus gros, ne peut ſortir qu'après un nouveau travail, toujours d'autant plus long, que l'orifice de la matrice ſe ſera plus reſſerré après l'ouverture de la poche des eaux (*a*).

Lorſque l'avortement n'a lieu qu'après les quatre ou cinq premiers mois de la groſſeſſe, il faut ſe comporter auprès de la femme, comme dans l'accouchement à terme ; tant pour ce qui regarde la ſortie de l'enfant même, que pour celle de l'arrière-faix.

D. *Quelles ſont les ſuites les plus ordinaires de l'avortement ?*

(*a*) *Voyez* p. 260 *& ſuiv.*

R. Ces ſuites diffèrent peu de celles d'un accouchement à terme ; il y a, comme après celui-ci, des lochies rouges, puis ſéreuſes & ſanguinolentes, enfin blanchâtres ou laiteuſes.

Le ſein ſe tuméfie du deuxième au troiſième jour, & quelquefois plus tard ; mais cette révolution ne manque preſque jamais de ſe faire, quelle que ſoit l'époque de la groſſeſſe à laquelle l'avortement ait lieu : ce qui doit engager la femme à ſe conduire, dans ce cas, comme dans celui de l'accouchement ordinaire.

ARTICLE III.

Du faux travail.

D. QU'ENTEND-ON *ordinairement par* faux travail ?

R. On déſigne ainſi une ſuite de douleurs plus ou moins longues, & aſſez ſemblables à celles de l'accouchement, pour faire craindre qu'il n'en ſoit le réſultat.

Si toutes ces douleurs ſe font ſentir dans le bas-ventre, & à des intervalles marqués, comme les vraies douleurs de l'accouchement, elles ne proviennent pas toutes de la même cauſe. Les unes dépendent réellement des efforts que la matrice

fait à contre-temps pour expulſer l'enfant; & les autres ne ſont que des douleurs de colique inteſtinale, de colique hépatique ou néphrétique.

D. *Quelles ſont les cauſes qui peuvent donner lieu à ces différentes eſpèces de douleurs ?*

R. Les coliques inteſtinale, hépatique, & néphrétique, dépendent en général de la ſabure des entrailles, de la rétention de la bile dans ſes propres couloirs, de la préſence d'une pierre dans la véſicule du fiel, dans les reins, dans l'un des uretères, ou dans la veſſie même, &c. Ces maladies exigent toute la ſagacité du Chirurgien, ou du Médecin; & le traitement en eſt étranger aux Sages-femmes.

Les douleurs qui dépendent des contractions de la matrice, ſouvent ne ſont que l'effet d'une affection ſpaſmodique de ce viſcère même, & ſe combattent par l'uſage des bains, des potions calmantes, &c. D'autres fois elles proviennent de la plénitude des vaiſſeaux, & exigent une ſaignée, & même deux; enfin elles peuvent être la ſuite de quelques-unes des cauſes qui provoquent l'avortement.

D. *Comment diſtinguera-t-on les douleurs qui dépendent de l'affection ſpaſmodique de la matrice, ou des contractions de ce viſcère, d'avec les différentes eſpèces de coliques dont on vient de faire mention ?*

R.

R. Les douleurs de coliques inteſtinales n'ont point de ſiège fixe ; ſi elles affectent un point du bas-ventre dans un inſtant, auſſi-tôt après elles ſe font ſentir dans un autre lieu. Les douleurs hépatiques ont leur ſiège ſous les fauſſes-côtes du côté droit, & les néphrétiques vers l'un ou l'autre côté des lombes, &c. Les douleurs qui proviennent de l'action de la matrice ſe font ſentir dans l'eſpèce de globe que préſente ce viſcère. Ce globe ſe durcit pendant ces mêmes douleurs, & redevient plus ſouple enſuite ; ſi ces douleurs continuent, l'orifice de la matrice ne tarde pas à s'entre-ouvrir & la poche des eaux ſe forme, de manière que tous les ſymptomes de l'accouchement paroiſſent ſucceſſivement. Dans les autres eſpèces de douleurs, aucuns de ces ſymptomes ne ſe manifeſtent. *Voyez* p. 161 *& ſuiv.*

D. *Quel jugement doit-on porter de ces différentes eſpèces de douleurs, relativement à la groſſeſſe ?*

R. On doit craindre, dans tous les cas, qu'elles ne provoquent l'avortement ou l'accouchement prématuré ; & la femme en eſt ſur-tout menacée, quand ces douleurs tiennent à l'action de la matrice. Il convient donc d'en rechercher la cauſe, & de s'efforcer de les calmer par un traitement convenable.

ARTICLE IV.

Des fauſſes groſſeſſes, de leurs ſignes & de leurs ſuites.

D. QU'ENTENDEZ-VOUS *par fauſſes groſſeſſes?*

R. On appelle fauſſes groſſeſſes, celles qui ſont produites par des ſubſtances qui ne préſentent aucunes traces ni aucuns débris du fœtus. Ces ſubſtances paroîtront de deux ſortes, ſoit qu'on les conſidère relativement à leur nature, ou à leur origine; car les unes ſont ſolides, & les autres plus ou moins fluides; les unes ſont le produit de la conception, & les autres, indépendantes de celle-ci.

D. *Comment appellez-vous ces ſubſtances que vous regardez comme le produit de la conception; & quelles ſont celles qui y ſont étrangères?*

R. On déſigne les premières ſous le nom de *môle* ou de *faux-germe;* & les autres ſont de l'eau, du ſang ou des humeurs glaireuſes: quelquefois ce n'eſt que de l'air retenu & raréfié dans la matrice.

D. *Qu'entendez-vous par môle?*

R. C'eſt une eſpèce de maſſe, pour l'ordinaire, en apparence charnue, qui n'a d'autre forme que celle du lieu où elle

s'eſt développée, & de l'eſpèce de filière à travers laquelle elle a paſſé en ſortant de la matrice. Quelquefois la môle n'eſt qu'un amas confus de petites veſſies remplies d'eau, & attachées par un pédicule extrêmement délié, à une baſe qui paroît de la même nature que le placenta : on nomme ces petites veſſies *hydatides*, & l'eſpèce de maſſe qui en réſulte, *môle en grappe*, par rapport à ſa reſſemblance, quoiqu'imparfaite, avec une grappe de raiſins ou de groſſes groſeilles. Il y a donc des môles qui ſont comme charnues, & d'autres véſiculaires.

D. *Peut-on expliquer la formation de ces ſortes de môles ; & le germe en exiſte-t-il indépendamment des ſubſtances qui réſultent ordinairement de la conception ?*

R. Il eſt aſſez difficile d'expliquer la formation de ces différentes eſpèces de môles ; mais on peut aſſurer que le germe n'en exiſte pas avant la conception. Ces ſubſtances ne prennent ce caractère qu'accidentellement ; & quand on les examine attentivement, on y trouve les débris d'une bonne conception ; il n'y manque que le fœtus, qui a été détruit dès les premiers temps de ſa formation, & avant que ſes parties n'euſſent acquis aſſez de ſolidité pour ſe conſerver. La môle qui eſt comme charnue, offre toujours une cavité tapiſſée de membranes, & le plus ſouvent remplie

d'eau. Cette cavité est très-petite, quand l'embrion a été détruit dès les premiers temps de sa formation, quelle que soit la grosseur de la môle à l'instant où la nature l'expulse ; elle est plus grande, lorsque l'embrion s'est détruit plus tard, comme au terme d'un mois & plus.

Quand le peu d'eau que contient cette cavité s'évacue à l'instant où l'embrion est frappé de mort, la môle s'affaisse en quelque sorte, sans se détacher de la matrice, & sans cesser de s'accroître ; la cavité s'en oblitère & paroît à peine, quand on la recherche après l'expulsion de cette masse. Cette espèce de môle n'est donc, à proprement parler, que l'arrière-faix qui a continué de végéter & de se développer après la mort de l'embrion ; elle ne diffère du placenta, que parce que les vaisseaux ombilicaux n'y existent pas comme dans celui-ci.

D. *La môle est-elle différente du faux-germe ?*

R. La môle ne diffère pas de ce qu'on appelle assez souvent *faux-germe*. Ces dénominations expriment la même chose, & l'usage permet d'employer l'une ou l'autre. Il n'existe pas de faux-germe, si la forme & la consistance des môles ne sont pas toujours les mêmes ; s'il y en a de plus solides les unes que les autres, de plus sèches & de plus abreuvées de

fluides, ces différences ne ſont qu'accidentelles.

D. *La môle eſt-elle d'une autre nature que le polype de la matrice?*

R. Il exiſte une très-grande différence entre le polype & la môle. Le polype eſt une excroiſſance, une végétation, un développement de la propre ſubſtance de la matrice, qui n'a d'autres racines que les vaiſſeaux & le tiſſu fibreux de ce viſcère même. La môle au contraire, n'eſt liée à la matrice, que comme le placenta y eſt attaché dans une groſſeſſe ordinaire, & n'a rien de commun avec la ſubſtance de ce viſcère.

D. *Quelle eſt la groſſeur de la môle, & la durée du ſéjour qu'elle fait dans la matrice?*

R. La môle peut acquérir plus ou moins de groſſeur, ſelon qu'elle eſt d'une nature plus ou moins fongueuſe & humide, & le temps qu'elle ſéjourne dans la matrice. Celle qui eſt ſolide & comme charnue, acquiert moins de volume dans un temps déterminé, que celle qui eſt véſiculaire, &c. L'expulſion de ces môles ſe fait le plus ordinairement vers le troiſième mois de la groſſeſſe; mais elles peuvent cependant reſter plus long-temps dans la matrice. Nous en avons vu qui y ont ſéjourné au-delà du terme ordinaire d'une bonne groſſeſſe.

D. *Comment appelle-t-on les fausses grossesses qui ne sont formées que de fluides?*

R. On appelle *hydropisie de matrice*, la fausse grossesse qui n'est formée que par de l'eau; *tympanite de matrice*, celle qui ne dépend que de l'air; & *amas de sang*, lorsqu'il n'y a que du sang mêlé d'humeur glaireuse.

SECTION PREMIÈRE.

Des signes qui indiquent ces différentes espèces de fausses grossesses.

D. QUELS *sont les signes qui caractérisent une fausse grossesse?*

R. Il n'y a point de signes qui puissent faire distinguer, dans les premiers mois, une fausse grossesse, de quelque espèce qu'elle soit, d'une grossesse ordinaire. L'une & l'autre, assez constamment, sont accompagnées de la suppression des règles, du gonflement du sein, de la sécrétion & de l'excrétion d'une humeur séreuse, plus ou moins jaunâtre ou blanchâtre, qu'on prend pour du lait; des nausées, du crachotement, du vomissement, &c. Dans l'un & l'autre cas, le ventre se tuméfie, & il le fait souvent de très-bonne heure; de manière qu'il paroît aussi gros à deux

mois, qu'il l'eſt fréquemment à cinq & à ſix, quand ſon volume ne dépend que de la dilatation de la matrice : ce qui provient alors du gonflement ſpaſmodique des entrailles. Dans la fauſſe groſſeſſe, comme dans la groſſeſſe ordinaire, la femme reſſent des mouvemens dans le bas-ventre, vers l'époque du quatrième mois, & quelquefois plutôt. Dans l'un de ces cas, ce ſont les mouvemens de l'enfant; dans l'autre, ce ſont des mouvemens hiſtériques ou ſpaſmodiques, qui reſſemblent aſſez aux premiers, pour que les femmes même qui ont eu pluſieurs enfans s'y trompent.

Le mouvement de ballottement, que quelques femmes diſent éprouver dans le bas-ventre, quand elles s'agitent ou changent d'attitude, n'eſt qu'un ſigne fort illuſoire de la préſence d'une môle, quoique quelques Auteurs l'aient donné pour un ſigne certain. Si la fauſſe groſſeſſe eſt quelquefois accompagnée d'un ſuintement ſéreux & ſanguinolent; ſi les règles ont quelquefois lieu, quoique imparfaitement, dans cet état; les mêmes effets ſe remarquent aſſez ſouvent dans une bonne groſſeſſe. Si les fauſſes groſſeſſes ont des ſignes particuliers, ce ſont des nuances imperceptibles, qu'on ne peut ſaiſir que fort tard; & il eſt rare que les corps étrangers qui conſtituent ces eſpèces de groſſeſſes ſéjournent aſſez long-temps dans la ma-

trice, pour que nous puiſſions prononcer ſans craindre de nous tromper.

D'après ces remarques, l'on voit avec quelle prudence la femme devroit ſe conduire dans le cas où elle ſe croit groſſe, & où elle eſt menacée de fauſſe-couche: l'on voit avec quelle réſerve on doit lui permettre l'uſage de certains remèdes vantés pour hâter l'expulſion d'une môle, ou de toutes autres eſpèces de corps étrangers contenus dans la matrice. Il ne faut uſer de ces remèdes dans aucun cas, puiſqu'on ne peut être certain dans aucun, qu'il n'exiſte qu'une môle.

SECTION II.

De l'expulſion de la môle & des autres ſubſtances qui conſtituent la fauſſe groſſeſſe.

D. COMMENT *s'opère, en général, l'expulſion des ſubſtances qui conſtituent les fauſſes groſſeſſes?*

R. La fauſſe groſſeſſe, qui ne dépend que de la préſence de l'air, ou de l'eau retenus dans la matrice, ſe termine plutôt ou plus tard, & toujours ſans de grands efforts de la part de la nature: cette maladie d'ailleurs eſt extrêmement rare, & elle exige toute l'attention du Médecin.

La fauſſe groſſeſſe qui provient d'un

amas de ſang, peut exiger les ſecours de la Chirurgie; en ce qu'elle peut avoir pour cauſe éloignée, l'obturation de l'orifice de la matrice, ou du vagin: cette obturation peut être accidentelle, ou de première conformation.

La fauſſe groſſeſſe dépendante d'une môle, quelle qu'en ſoit l'eſpèce, ne demande pas d'autres ſoins que ceux qu'on accorde à la femme dans une groſſeſſe ordinaire; & la nature ſe délivre de ce corps étranger, comme elle ſe délivre d'un enfant & de ſon arrière-faix. Il s'établit, pour l'expulſion de la môle, un travail ſemblable à celui de l'accouchement; ſi ce n'eſt, peut-être, qu'il eſt un peu moins douloureux pour la femme. Les contractions répétées de la matrice, en dilatent l'orifice, détachent la môle & l'expulſent, avec effuſion plus ou moins grande de ſang.

D. *Quels ſont les ſecours qu'on doit donner à la femme pendant ce travail?*

R. Elle n'a beſoin pour l'ordinaire, d'aucun ſecours: elle doit attendre patiemment l'expulſion du corps étranger, lorſqu'il n'exiſte pas d'accidens. Mais ſi le travail néceſſaire à cet effet, étoit précédé ou accompagné d'une perte abondante, il faudroit recourir aux moyens propoſés contre cet accident; il faudroit hâter l'expulſion de la môle, & même en faire l'extraction,

si la chose étoit possible ; comme on a recommandé de procéder à celle de l'arrière-faix du fœtus abortif. *Voyez* p. 261 *& suiv.*

D. *Quelles sont les suites de ces espèces de fausses-couches ?*

R. Elles ne sont pas différentes de celles de l'avortement. La femme éprouve, après l'expulsion d'une môle, les mêmes évacuations qu'après l'expulsion d'un fœtus abortif, & de son arrière-faix ; dans l'un, ainsi que dans l'autre cas, le sein se tuméfie après plusieurs jours, il en découle une humeur laiteuse, & il y a des vuidanges ou lochies. Le régime que doit garder la femme après l'expulsion d'une môle, devroit donc être le même qu'après l'avortement & l'accouchement, puisqu'elle a les mêmes accidens à redouter.



CHAPITRE VII.

Préceptes ſur le régime & les remèdes généraux qui conviennent aux femmes enceintes ; ſur les maladies & les accidens qui peuvent ſurvenir pendant la groſſeſſe & après l'accouchement ; ſur les accidens & les maladies des enfans nouveaux-nés.

§. I. LE régime ne ſe borne pas au choix & à la quantité des alimens que la femme doit prendre chaque jour, il s'étend ſur toutes les choſes qui peuvent influer en bien ou en mal ſur la ſanté ; tels que l'air qu'on reſpire, le travail & le repos, les vêtemens, les évacuations, les paſſions de l'ame, &c.

Quoiqu'il n'y ait pas d'alimens abſolument mauvais pour les femmes enceintes, & qu'on puiſſe leur accorder ou leur refuſer ce qu'elles deſirent ardemment, ſans craindre que leurs enfans en ſoient marqués, elles feront cependant bien de préférer les plus ſucculens & les plus faciles à digérer, parmi ceux que l'opulence ou la médiocrité de leur fortune leur permettra de ſe procurer. La quantité de ces

alimens sera proportionnée à la constitution de la femme & à ses besoins; mais elle n'en prendra jamais avec excès.

Toutes les boissons fermentées, telles que le vin, le cidre & la bière, conviennent également aux femmes enceintes; elles en useront donc à leur choix, mais toujours avec modération. Celles qui auront de la répugnance pour ces boissons préparées, choisiront l'eau la plus pure. Le café à l'eau & les liqueurs spiritueuses, donnés avec réserve, sont quelquefois très-utiles pendant la grossesse, loin d'être nuisibles; mais l'excès en est toujours dangereux.

Un air pur & tempéré est celui qui convient le mieux aux femmes enceintes. Celui qui est trop sec ou trop humide, trop chaud ou trop froid, peut nuire à la santé de quelques-unes de ces femmes; l'air chargé de parfums, d'odeurs & de miasmes putrides, ne convient à aucune.

L'exercice est salutaire à ces mêmes femmes; mais il doit être modéré. Celles de la campagne doivent mettre des bornes à leur travail, & se procurer chaque jour un peu plus de repos que dans l'état habituel, sur-tout vers les derniers temps de la grossesse. Elles éviteront de se coucher sur le gazon, ou sur la terre fraîche & humide, pour dormir ou se délasser, soit dans le cours de la journée ou vers le soir; de marcher pieds nuds, &c.,

dans la crainte de ſupprimer la tranſpiration, & les écoulemens laiteux qui ont ſouvent lieu pendant la groſſeſſe. Ces femmes ne porteront point de corps balénés, ne ſe ſerreront pas trop étroitement dans leurs corſets, & s'habilleront de manière à ſe défendre du grand froid, & ne pas ſe procurer trop de chaleur.

La conſtipation étant très-ordinaire aux femmes groſſes, & les efforts néceſſaires alors pour aller à la garde-robe pouvant avoir des ſuites déſagréables & même fâcheuſes, elles prendront des lavemens de temps à autre, pour ſe procurer la liberté du ventre. Les lavemens ſe feront avec de l'eau & un peu de beurre frais; avec une décoction de graine de lin, ou de quelques plantes émollientes.

Si les urines venoient à ſe ſupprimer, ou à diminuer conſidérablement, il faudroit uſer d'une boiſſon propre à les augmenter, & à en rétablir le cours; comme l'eau de chiendent, de pariétaire, ou de graine de lin, à laquelle on ajoutera quinze ou dix-huit grains de ſel de nitre par pinte.

Les violentes paſſions n'étant pas moins nuiſibles aux femmes enceintes, que les mouvemens extraordinaires du corps, & ne donnant pas moins d'atteintes à la groſſeſſe, elles obſerveront de ne s'abandonner à aucunes, & de ne s'en procurer que de douces & agréables.

§. II. Les remèdes généraux qu'on emploie le plus fréquemment dans la grossesse sont la saignée du bras, les lavemens, les purgatifs & les bains : leur usage est même tellement familier, que bien des femmes se dispensent de consulter sur le temps & la nécessité de les administrer, quoique leurs effets ne soient pas indifférens.

La saignée peut être nécessaire dans tous les temps de la grossesse ; & souvent plus nécessaire dans le commencement que sur la fin, quoique la plupart des femmes ne s'y soumettent qu'avec regrets avant le quatrième mois & demi. La saignée est indiquée toutes les fois que la femme éprouve, depuis quelques jours, un sentiment de lassitude, de pesanteur & de douleurs dans les membres; de l'engourdissement, des crampes, de l'oppression, des maux de tête & de reins, des étourdissemens, ou des éblouissemens. On ne doit jamais tirer au-delà de deux palettes de sang à la fois ; & il convient que la femme garde le repos le jour de la saignée.

Les lavemens ne conviennent qu'aux femmes qui sont constipées, à celles qui éprouvent de la chaleur & de la douleur dans les entrailles, ou qui sont tourmentées de coliques.

Il faut être bien plus réservé dans l'em-

ploi des purgatifs que dans celui des lavemens. Ils ne ſont néceſſaires qu'autant qu'il y a des marques de plénitude dans les premières voies, que la femme éprouve du dégoût pour les alimens ordinaires, qu'elle a la bouche pâteuſe & amère, la langue épaiſſe & chargée d'un limon blanchâtre & jaunâtre.

Les purgatifs amers conviennent mieux que ceux qui ſont gras, huileux & ſucrés, & il faut toujours aſſocier les uns aux autres; mais c'eſt au Chirurgien ordinaire, & non à la Sage-femme, à les preſcrire.

L'utilité des bains n'eſt pas moins évidente, en bien des cas, que celle des autres remèdes généraux; & ils peuvent avoir de même leurs inconvéniens. Si les femmes qui vivent dans l'aiſance, au milieu des grandes villes, en uſent ſouvent à l'excès, celles de la campagne ſont preſque toujours privées des avantages qu'elles pourroient en retirer; ſoit préjugé contre les bains, ſoit défaut de moyens pour ſe baigner.

§. III. Indépendamment de la foule de maladies & des accidens qui peuvent ſurvenir dans le cours de la vie, il en eſt beaucoup qui ſemblent dépendre de la groſſeſſe, & qu'on peut attribuer à la manière dont la matrice eſt affectée par le produit de la conception, au volume

que ce viſcère acquiert graduellement, à la ſituation qu'il prend en ſe développant, & à la preſſion qu'il exerce ſur les parties circonvoiſines. On peut en effet rapporter à ces cauſes, l'inappétence ou les dégoûts qu'éprouvent la plupart des femmes enceintes; les nauſées, le vomiſſement, le ptialiſme ou crachottement; le gonflement douloureux des mammelles, la tenſion & la douleur du mammelon; la conſtipation, la diarrhée, les coliques; la difficulté d'uriner, l'incontinence & la rétention des urines; la toux, l'oppreſſion ou la difficulté de reſpirer, les palpitations de cœur, le crachement de ſang; les douleurs de tête, de dents & des oreilles; les étourdiſſemens, les éblouiſſemens, les vertiges, l'inſomnie & l'apoplexie; les douleurs & les ardeurs d'eſtomac; les douleurs des reins & des aînes; les hémorrhoïdes, les varices, le gonflement œdémateux des grandes lèvres, des cuiſſes, des jambes, des pieds, & de toute l'habitude du corps; certaines deſcentes, le relâchement du vagin, ſa chûte & celle de la matrice; la perte de ſang, les convulſions, l'avortement, &c.

La plupart de ces maladies & de ces accidens ne ſont, pour bien des femmes, que de légères indiſpoſitions, qu'elles ſupportent ſans ſe plaindre; & bien loin de conſulter ſur les moyens de s'en délivrer,

elles refuſent même les remèdes qu'on leur propoſe, perſuadées que le temps ſeul les en guérira. Si ces indiſpoſitions n'exigent pas une ſérieuſe attention lorſqu'elles ſont légères, il ſeroit dangereux de ne pas s'en occuper, quand elles altèrent viſiblement la conſtitution de la femme. Elles demandent toute la ſagacité du Médecin ou du Chirurgien; tantôt l'on ne peut y remédier qu'au moyen de la ſaignée, tantôt par les purgatifs, les amers, les anti-ſpaſmodiques, les délayans, les abſorbans, &c.; même par des opérations chirurgicales.

§. IV. Parmi les maladies & les accidens qui peuvent troubler l'ordre naturel des ſuites de couches, il en eſt de peu d'importance, dont le traitement peut être confié aux Sages-Femmes; & d'autres très-graves, qui demandent les plus profondes connoiſſances en Médecine ou en Chirurgie.

La contuſion, le gonflement, la déchirure des grandes lèvres, celle de la fourchette & du périné même, lorſqu'elle ne s'étend pas juſqu'à l'anus, ſont des accidens légers qui n'exigent que des fomentations, des lotions émollientes & réſolutives, répétées pluſieurs fois dans le cours de la journée. On ſe ſervira d'abord de lait chaud, ou d'une décoction de racine de guimauve, dans laquelle on fera infuſer

par la ſuite des fleurs de ſureau, de mellilot & de camomille; ou bien à laquelle on ſubſtituera l'eau d'orge miellée ou le vin. Ces mêmes accidens demandent plus de ſoins, lorſqu'ils ſont accompagnés d'inflammation, qu'il ſe forme des dépôts, que le périnée eſt déchiré juſqu'à l'anus, &c. Lorſqu'il y a de la fièvre, inſomnie, rétention ou incontinence d'urine, éjection involontaire des matières ſtercorales, &c.

Les tranchées utérines, les hémorrhoïdes, le rélâchement & le renverſement du vagin, la deſcente de matrice, la chûte du fondement, les engorgemens conſécutifs du ſein, les gerçures ou crevaſſes des mammelons, ſont encore des accidens légers auxquels une Sage-femme peut remédier. Il n'y a pas de ſpécifiques contre les tranchées, mais on emploie utilement les cataplaſmes émolliens & les fomentations ſur la région hypogaſtrique; les boiſſons délayantes & adouciſſantes, telles que l'eau de veau ou de poulet, l'eau de graine de lin ou de pariétaire, &c. les potions compoſées d'eau de laitue, de pariétaire, de tilleul, & de fleurs d'orange, avec quelques gouttes de liqueur minérale anodine d'Hoffman, ſur chaque cuillerée, & un peu de ſyrop de guimauve.

Les hémorrhoïdes n'exigent pas un autre traitement que le gonflement douloureux des parties naturelles, ſi ce n'eſt l'appli-

cation des sangsues, quand elles sont volumineuses & accompagnées de grandes douleurs. Les engorgemens du sein se guérissent avec les cataplasmes émolliens & résolutifs, &c.

La perte de sang, les convulsions, les syncopes & le renversement de la matrice, sont des accidens beaucoup plus graves, & qui demandent des secours bien plus prompts.

La perte qui survient immédiatement après l'accouchement, est presque toujours la suite de l'inertie de la matrice; elle peut être abondante ou médiocre, apparente ou cachée; la perte est apparente toutes les fois que le sang se répand au dehors; elle est cachée, quand il s'épanche dans la matrice. Dans l'un & l'autre cas, on fera de fortes frictions avec la main sur la région hypogastrique de la femme, pour réveiller l'action de la matrice, & exciter ce viscère à se resserrer; on appliquera sur cette région & sur les cuisses, des serviettes trempées dans l'eau froide & le vinaigre; on injectera de ces liqueurs dans la matrice, & on en versera sur le ventre; on établira un courant d'air froid dans la chambre, & on y exposera la femme couchée bien à plat. Si la perte continue malgré ces secours, on tamponnera le vagin, même le col de la matrice, si on le peut, avec des lambeaux de linge

trempés dans l'eau & le vinaigre, obſervant alors de tenir une main appuyée fortement ſur la région hypogaſtrique de la femme, pour empêcher que le ſang retenu par le tampon ne s'épanche pas dans la matrice.

Quel que ſoit l'état de foibleſſe où ſe trouve la femme après une perte, il ne faut pas s'empreſſer de la ranimer, de la réchauffer, & de la remuer pour la changer de lit. On la tiendra dans le plus grand repos pendant pluſieurs heures; on ne lui accordera que quelques cuillerées de bouillon à la fois; on ne lui donnera que de la limonade pour boiſſon, & au défaut de celle-ci, de l'eau ſucrée acidulée avec le vinaigre ordinaire.

Quand la perte eſt médiocre, & accompagnée de douleurs ou de tranchées, elle exige des moyens différens. Les potions calmantes & anodines ſont plus efficaces alors que ceux dont nous venons de parler.

Les convulſions qui ſe manifeſtent à l'inſtant de l'accouchement peuvent être la ſuite d'une perte abondante; de l'extrême ſenſibilité qu'acquièrent les organes, dans un travail pénible; du trouble que produiſent des efforts long-temps ſoutenus, & de l'engorgement du cerveau, qui eſt la ſuite de ces mêmes efforts; ces convulſions peuvent être l'effet du renverſement de la matrice, ou bien elles ſont

habituelles. Les convulſions ſont toujours fâcheuſes, quand elles ſuccèdent à une perte conſidérable; elles cèdent à l'uſage des potions calmantes & des bains, lorſqu'elles ne dépendent que de la ſenſibilité accidentelle de la femme; elles exigent la ſaignée du pied, & ſouvent de la gorge, quand elles ont pour cauſe l'engorgement du cerveau, &c. Les Sages-femmes doivent appeller promptement un Médecin, ou un Accoucheur, dans tous ces cas.

Les foibleſſes ou ſyncopes, quoique moins alarmantes que les convulſions, peuvent être auſſi fâcheuſes. On tiendra la femme couchée horiſontalement, on dirigera ſur elle un courant d'air frais, on lui frottera les tempes & la paume des mains avec un linge trempé dans le vinaigre, ou d'autres liqueurs ſpiritueuſes; & on appliquera autour du ventre le bandage de corps recommandé, *page 269 & ſuiv.* On donnera de temps en temps quelques cuillerées de bon vin, s'il n'y a point de perte; on évacuera les caillots de ſang, ſi la matrice en renferme, avec l'attention, dans ce dernier cas, d'empêcher qu'il ne s'en forme de nouveaux.

Le renverſement de la matrice eſt un accident des plus fâcheux, pour l'ordinaire; & preſque toujours il eſt ſuivi de perte, de convulſions & de ſyncopes, ſi l'on n'y remédie pas ſur le champ. L'on

ne peut donner aux Sages-femmes une idée plus juſte de ce renverſement, qu'en comparant la matrice à une bourſe retournée ſur elle-même, de ſorte que le dedans en faſſe le dehors. Il peut être complet ou incomplet.

Dans le premier, la matrice renverſée remplit tout le vagin, & forme le plus ſouvent au dehors, une tumeur ſemblable à une poire, mais plus groſſe qu'aucune des poires qui nous ſoient connues : cette tumeur eſt plus molle à l'inſtant où elle paroît, que quelque temps après; elle eſt plus large en bas que dans ſon principe, & l'on ne diſtingue plus l'orifice de la matrice en parcourant le fond du vagin, au moyen du doigt. *Voyez* Planche XXIX.

Dans le renverſement incomplet, la tumeur que forme le fond de la matrice eſt moins groſſe; elle ſemble ſortir de l'orifice même de ce viſcère, mais elle ne deſcend pas au-deſſous de la vulve. *Voyez* Pl. XXX. En palpant le ventre de la femme au-deſſus du pubis, dans le premier cas, l'on ne diſtingue nullement la matrice; mais on la trouve dans le ſecond, & l'on s'apperçoit qu'elle forme dans ſa partie ſupérieure, une ſorte de cavité plus ou moins évaſée.

La matrice ne peut pas ſe renverſer ou ſe retourner, qu'elle ne ſoit dans l'inertie, que ſes parois ne ſoient ſouples & flaſques

au toucher. Les cauſes capables d'opérer ce renverſement ſont toutes mécaniques ; il faut que quelque choſe preſſe extérieurement ſur le fond de la matrice, pour le déprimer & le pouſſer à travers l'orifice ; ou bien qu'une autre puiſſance, agiſſant au-dedans de la matrice même, entraîne cette partie ; ce que fait le placenta, lorſque l'Accoucheur ſe preſſe d'opérer la délivrance, en tirant ſur le cordon ombilical. Les femmes qui ſont d'une conſtitution molle & délicate ; celles qui accouchent précipitamment & ſans beaucoup d'efforts, étant debout ou aſſiſes ; celles qui ſoutiennent ces efforts après la ſortie de la tête & des épaules de l'enfant, ſont plus expoſées que les autres au renverſement de la matrice, ſur-tout lorſque le cordon ombilical eſt très-court, ou lorſqu'il ſe trouve contourné pluſieurs fois ſur le col de l'enfant.

Il eſt tellement au pouvoir de l'Accoucheur de prévenir le renverſement de la matrice, qu'il ne peut en être le témoin oculaire, ſans qu'on ne puiſſe juſtement le taxer d'ignorance ; & l'impéritie eſt impardonnable, lorſqu'il a donné lieu à cet accident, en opérant la délivrance avec trop de précipitation.

L'on préviendra le renverſement de la matrice, 1°. en empêchant la femme de pouſſer fortement après la ſortie de la

tête & des épaules de l'enfant; 2°. en désentortillant le cordon ombilical, lorsqu'il décrit plusieurs circulaires sur le col, ou bien en le coupant, si l'on ne peut le développer; 3°. en ne procédant à l'extraction du placenta que quand la matrice est bien contractée sur elle-même, & qu'on la sent extérieurement au-dessus du pubis, sous la forme d'une boule rénittente & dure.

Quel que soit le degré de renversement, dès qu'on s'apperçoit qu'il existe, il faut restituer la matrice dans son état naturel. On y trouve peu de difficultés, quand ce renversement est incomplet; mais souvent on en éprouve de très-grandes, & quelquefois d'insurmontables, lorsqu'il est complet. Dans le premier cas, on introduira la main dans le vagin, on avancera les doigts réunis dans le col de la matrice, & on repoussera le fond de ce viscère. Si la tumeur que forme cette partie renversée traversoit le col de la matrice, & descendoit jusques dans le vagin, il faudroit l'embrasser de tous les doigts convenablement écartés, la presser mollement, & la repousser de même. C'est encore de cette manière qu'il faut se comporter pour réduire & retourner une matrice complétement renversée : on embrassera toute la tumeur, on la pressera sur les côtés, en devant & en arrière en même

même temps, comme pour diminuer ſon volume, & on la fera repaſſer à travers l'orifice, en commençant par ce qui en eſt le plus près. Si le placenta y étoit encore attaché, il ne faudroit pas l'en ſéparer avant d'entreprendre la réduction.

Si la Sage-femme parvient à réduire la matrice, c'eſt-à-dire, à la retourner, elle y laiſſera ſa main un inſtant pour en exciter la contraction & le reſſerrement : ſi elle trouve trop de difficultés à opérer cette réduction, elle appellera, ſans perdre de temps, un Accoucheur inſtruit, qui ſe comportera relativement aux circonſtances, ſelon qu'il le jugera convenable; car, après les premières heures, la réduction de la matrice n'eſt plus toujours poſſible.

Le renverſement du vagin & la chûte de la matrice ſont des accidens bien différens de celui que nous venons de décrire, & ils ſont également bien moins fâcheux. La Sage-femme la moins inſtruite ne prendra jamais l'un pour l'autre, ſi elle y donne la plus légère attention. Dans le renverſement & la chûte du vagin, c'eſt plutôt une ſorte de bourlet, plus ou moins épais, qui ſort de la vulve, qu'une tumeur en forme de poire; & l'on remarque au milieu une ouverture qui conduit au col de la matrice. Dans la chûte ou deſcente de matrice, quel que ſoit le

volume de la tumeur, qui eſt au dehors; elle eſt plus large auprès de la vulve que dans ſon extrémité inférieure, qui eſt formée par le muſeau de tanche, & où ſe remarque évidemment l'orifice de la matrice.

On réduit aiſément le vagin & la matrice dans ces ſortes de cas; & on prévient de même le retour de l'accident, en tenant la femme au lit, & en lui recommandant de ne faire aucuns efforts, ſoit pour aller à la garde-robe, ou pour rendre ſes urines. L'on s'en tient à ces moyens dans les premiers temps; mais dans la ſuite on emploie utilement les fomentations aromatiques, le peſſaire, &c.

Les grands accidens dont nous venons de parler ne ſont pas les ſeules occaſions où les Sages-femmes doivent appeller un Accoucheur ou un Médecin inſtruit : il y en a beaucoup d'autres qui paroiſſent moins graves d'abord, & dans leſquelles la vie de l'accouchée eſt également en danger. Elles auront recours à ces miniſtres de ſanté, 1°. lorſqu'il ſe manifeſtera de la fièvre dès les premiers jours; ou bien lorſque celle qui ſurvient au troiſième ſe ſoutient au-delà du quatrième; lorſque cette fièvre ſera précédée ou accompagnée de friſſon, de nauſées & de vomiſſement, de coliques & de diarrhée; 2°. toutes les fois que la femme éprouvera

de la chaleur & de la douleur dans toute la capacité du ventre, ou dans un ſeul point; lorſque le ventre ſe tuméfiera, ſe tendra, & deviendra ſenſible à la preſſion du doigt; 3°. lorſque la femme ſera agitée au point de ne pouvoir goûter un ſeul inſtant de repos, lorſque la tête ſera peſante & douloureuſe, que les yeux ne pourront ſupporter la lumière, qu'il y aura des treſſaillemens dans les membres, que la langue deviendra épaiſſe, & ſe couvrira d'une croûte blanchâtre & jaunâtre; 4°. lorſque les lochies ſe ſupprimeront tout-à-coup, & ne reparoîtront pas quelques inſtans après, &c. &c.; car dans tous ces cas, la femme eſt menacée d'une maladie grave, & ſouvent mortelle.

§. V. Nous avons déjà donné quelques préceptes ſur les ſoins qu'on doit à l'enfant à l'inſtant de ſa naiſſance; mais nous n'avons pu renfermer dans la même Section, tout ce qui eſt relatif aux divers accidens qui peuvent dès-lors influer ſur ſa vie, & qui exigent conſéquemment la plus ſérieuſe attention de la part des perſonnes de l'Art. Nous ne ferons qu'indiquer ces mêmes accidens, pour que les Sages-femmes, à qui le traitement n'en ſauroit être confié, appellent au plutôt un Chirurgien inſtruit.

Il eſt rare que l'enfant n'apporte pas en naiſſant quelque tumeur à la tête,

quand l'accouchement, quoique naturel, a été pénible & long. Souvent ce n'eſt qu'une ſorte d'empâtement ou de bouffiſſure dans une portion des tégumens du crâne, qui ſe diſſipe promptement, ſi on a le ſoin d'étuver cet endroit de temps en temps avec du vin chaud, ou de l'eau ſalée & animée d'un peu d'eau-de-vie. D'autres fois c'eſt une tumeur remplie de ſang, qu'on ne ſauroit ouvrir trop tôt; parce qu'elle s'augmente viſiblement d'un jour à l'autre, que la réſolution ne peut s'en faire, qu'elle a ſon ſiège ſur les os du crâne, que le trop long ſéjour du ſang pourroit altérer.

La tête de l'enfant, à la ſuite de ces mêmes accouchemens, paroît quelquefois d'une forme extraordinaire; elle eſt alongée dans un ſens, applatie dans un autre, & comme recourbée ſur elle-même, un de ſes côtés étant plus arrondi, & l'autre déprimé. Quoique le public ſoit dans l'opinion que la Sage-femme, dans tous ces cas, doive redonner à la tête ſa forme naturelle, en la pétriſſant entre les mains, elle n'en fera rien, & elle abandonnera ce ſoin à la nature. Il n'en eſt pas de même, quand la difformité de la tête tient à la dépreſſion ou à la fracture des os du crâne; alors on appellera un Chirurgien.

La moindre inattention de la Sage-femme, dans l'accouchement où elle eſt

obligée de retourner l'enfant, & de l'extraire par les pieds, pouvant donner lieu à la luxation ou à la fracture d'un bras, ou d'une cuiſſe, elle l'examinera avant de l'emmailloter, pour s'aſſurer s'il n'y a point de difformités dans l'un ou l'autre de ſes membres, s'il les remue aiſément & ſans donner de marques de grandes douleurs.

L'enfant n'eſt jamais plus expoſé à la luxation de la cuiſſe, que quand on le tire par un ſeul pied, ou lorſqu'il vient en préſentant les feſſes ; & à la luxation du bras, que dans ces cas où le bras s'eſt relevé & porté derrière la tête & le col, à meſure qu'on dégageoit le corps.

Le filet, des brides placées ſur les côtés de la langue, l'imperforation de l'anus & du canal de l'urètre, ſont les vices de conformation auxquels il eſt le plus important de remédier dès les premiers jours de la naiſſance.

Il n'y a pas une ſeule femme qui ne ſoupçonne ſon enfant d'avoir le filet, lorſqu'il ne peut tetter librement; & qui ne ſache que c'eſt un repli membraneux, mince & comme tranſparent, qui attache la langue aſſez étroitement au bord de la mâchoire, pour l'empêcher de ſortir de la bouche, & de s'appliquer au palais. Quelques Sages-femmes déchirent ce repli avec l'ongle, ſans ſe douter que ce procédé

peut avoir des inconvéniens. La ſection du filet doit ſe faire avec des ciſeaux ; & cette opération, quoique ſimple en elle-même, doit être faite par un Chirurgien.

L'obturation de l'anus peut influer bien davantage ſur la vie de l'enfant, que ne le fait le filet. Quelquefois c'eſt l'anus même qui eſt fermé par la peau ; d'autres fois c'eſt l'inteſtin qui eſt bouché par une cloiſon membraneuſe plus ou moins éloignée de l'anus ; ou bien cet inteſtin eſt oblitéré & manque entiérement. On peut être certain qu'il exiſte l'un ou l'autre de ces défauts de conformation, quand l'enfant n'évacue pas dans les premières vingt-quatre heures ; lorſqu'il fait des efforts infructueux pour évacuer, & que les lavemens ne peuvent pas pénétrer. On peut ouvrir l'anus, & fendre la cloiſon membraneuſe qui ferme l'inteſtin rectum ; mais on ne remédie pas à l'oblitération de ce dernier.

L'obſtacle qui s'oppoſe à l'évacuation des urines, ne provient quelquefois, chez les garçons, que de l'obturation du prépuce, ou de l'ouverture du gland de la verge, & on y remédie facilement alors ; d'autres fois il dépend de l'oblitération du canal de l'urètre même, & ce cas eſt des plus fâcheux, ſans l'être cependant autant que celui où l'inteſtin rectum eſt

oblitéré : tous ces cas exigent la préſence d'un Chirurgien.

Il en eſt de même de beaucoup d'autres vices de conformation plus apparens, tels que le bec-de-lièvre, avec écartement des os du palais, l'union des paupières, l'obturation des narines, l'union des doigts entre eux, &c.

La chûte prématurée du cordon ombilical, ou ſa rupture près de l'ombilic à l'inſtant de l'accouchement, ſont encore des accidens qui doivent être connus des Sages-femmes, en ce qu'ils arrivent ſous leurs yeux, & qu'elles ſont obligées d'y apporter les premiers remèdes. Quand le cordon ſe détache avant que les vaiſſeaux ne ſoient oblitérés, ou quand il ſe déchire à l'inſtant de la naiſſance, on applique de la charpie rapée ſur l'ombilic, on met pardeſſus un large morceau de taffetas d'Angleterre, ou un emplâtre agglutinatif quelconque, des compreſſes, & le bandage de corps recommandé page 288; on obſerve d'ailleurs de ne pas ſerrer l'enfant dans ſes langes. Si le ſang ſe répand malgré cet appareil, on doit appeller un Chirurgien.

Les convulſions ſont des accidens d'une autre eſpèce, qui exigent les ſecours les plus prompts. Celles qui affectent l'enfant dans les premiers jours, dépendent le plus ſouvent de ce qu'il n'évacue pas aſſez ; on les calme en adminiſtrant des

lavemens, de légers purgatifs, &c. Quand elles se répètent après l'administration de ces remèdes, si la face de l'enfant est tuméfiée & livide, & s'il reste dans un état d'assoupissement, on applique des sangsues derrière les oreilles, ou aux tempes, & on lui donne de quelques potions calmantes & anti-spasmodiques.

Les autres maladies particulières à ce premier âge de la vie, n'ont pas une marche assez rapide, pour qu'on ne puisse consulter un Médecin ou un Chirurgien.

EXPLICATION
DES PLANCHES XXIX & XXX.

La Planche XXIX représente une matrice complétement renversée.

AA. La matrice renversée.

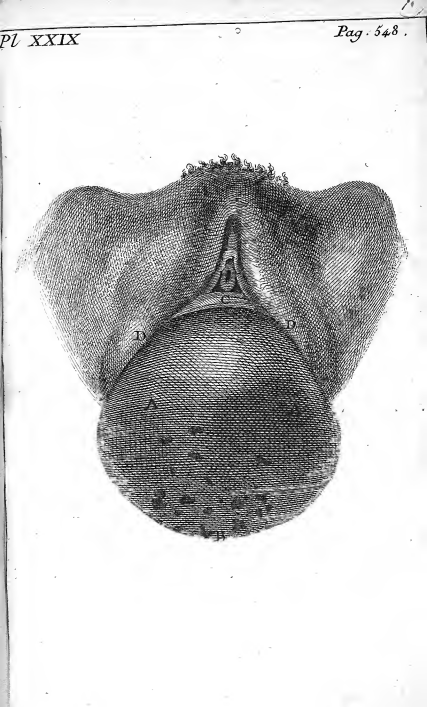
B. Le fond de la matrice, auquel étoit attaché le placenta.

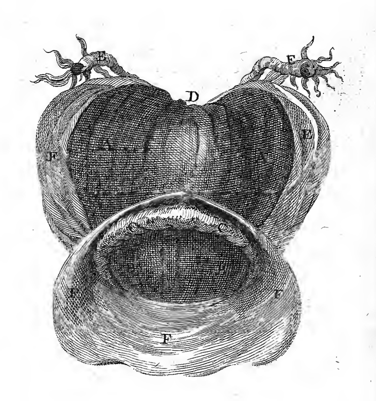
C. Bourlet formé par la partie antérieure du vagin.

DD. Les grandes lèvres écartées par la tumeur que forme la matrice.

La Planche XXX représente la matrice renversée incomplétement.

AA. Le corps de la matrice.


C
D
D
A
A


E
E
D
F
E
C
C
F
F
F

BB. Le fond de la matrice, formant une tumeur dans l'orifice & dans le vagin.

CC. Le bord antérieur de l'orifice de la matrice.

D. Enfoncement que décrit dans sa partie supérieure une matrice à demi renversée.

eeee. Les ligamens larges & l'extrémité des trompes de Fallope.

fff. Le vagin ouvert dans sa partie antérieure.

F I N.



TABLE DES TITRES.

PREMIÈRE PARTIE.

SECONDE PARTIE.

Fin de la Table.

EXTRAIT des Regiſtres de l'Académie royale de Chirurgie. Du Jeudi 31 Mai 1787.

MESSIEURS VERMONT & BY, que l'Académie avoit nommés pour examiner un Ouvrage de M. BAUDELOCQUE, intitulé : *Principes ſur l'Art des Accouchemens, en faveur des Sages-femmes de la Campagne, publiés par ordre du Gouvernement*; ayant dit, dans leur rapport, que cet Ouvrage répond aux vues de ſageſſe & d'humanité qui en ont fait deſirer l'exécution ; qu'il contient des inſtructions lumineuſes très-utiles, non-ſeulement pour les Sages-femmes de la Campagne, auxquelles il eſt deſtiné, mais encore aux jeunes Chirurgiens qui ſe propoſent de ſe livrer à la pratique des Accouchemens, &c. L'Académie a permis à l'Auteur de faire imprimer cet Ouvrage ſous le Privilège de la Compagnie : en foi de quoi je lui ai délivré le préſent extrait des regiſtres, que je certifie véritable. A Paris, le 5 Juin 1787.

Signé LOUIS, *Secrétaire perpétuel de l'Académie royale de Chirurgie.*

